様式第１号（第２条関係）

　魚津市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者指定（更新）申請書

　　年　　月　　日

魚津市長　あて

所在地

申請者

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護予防・生活支援サービス事業指定事業者の（指定・指定の更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請（開　設）者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | FAX番号 | |  | | | |
| メール | | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | | 職名 |  | | | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | 実施  事業 | | 指定申請をする事業等の事業開始  予定年月日 | | 既に指定を受けている事業等の  指定（許可）年月日 | | 様式 |
| 介護予防・生活支援サービス事業 | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | |  | |  | |  | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | |  | |  | |  | | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | |  | |  | |  | | 付表２ |
| 通所型サービスＡ | | | | | | |  | |  | |  | | 付表２ |
|  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | | | | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 現に魚津市から受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | |  | | | | | | |

＜備考＞

１「実施事業」欄は、今回（更新）申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

２「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

３「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定された年月日を記入して

ください。

付表１　介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスＡ等事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | FAX番号 |  | |
| メール | | |  | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | | （有・無） | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | | | | | 名称 | |  | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **○人員に関する基準の確認に必要な事項** | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | |  |
| 専　従 | | | | 兼　務 | | |  |
|  | 常勤（人） | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 非常勤（人） | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | |  | | | | | | |  |
| 適合の可否 | | | | | |  | | | | | | |  |
| 利用者の推定数（人） | | | |  | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者（訪問事業責任者） | | フリガナ | |  | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　－　　　） | | |
| 氏　名 | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　－　　　） | | |
| 氏　名 | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　－　　　） | | |
| 氏　名 | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | 別添１のとおり |

＜備考＞ １「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

２記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

３管理者の兼務については、添付書類にて確認可能な場合には記載を省略することが可能です。

４出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、

本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

５当該サービス以外のサービスを実施する場合には､当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が

分かるような料金表を提出してください｡

別添１

指定事業者指定（更新）申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 添　　付　　書　　類 | 申請する事業・施設の種類 | | | 備　考 |
| 相当  サービス | サービスＡ |  |  |
| １ | 履歴事項全部証明書 |  |  |  |  |
| 条例等 |  |  |  |  |
| ２ | 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 |  |  |  |  |
| 上記従事者の資格証の写し |  |  |  |  |
| ３ | サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名及び経歴 |  |  |  |  |
| ４ | 建物の平面図 |  |  |  |  |
| 設備の概要（備品一覧等） |  |  |  |  |
| ５ | 運営規程 |  |  |  |  |
| 利用者との契約書 |  |  |  |  |
| 利用者への重要事項説明書 |  |  |  |  |
| ６ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |
| ７ | 誓約書（法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面） |  |  |  |  |
| ８ | (別紙19)事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |
| (別紙1-4)事業費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |  |  |
| 上記算定加算に関する届出（割引・特別地域加算・中山間地域等加算・処遇改善加算・その他　　　　　　　　） |  |  |  |  |

　＜備考＞

　１添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

２該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

３添付書類は、指定介護サービス事業所等の指定を受けている場合は、その指定申請時に添付した書類の

写しでもかまいません。

付表２　介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスＡ事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| メール | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | |
| 当該サービス事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **○人員に関する基準の確認に必要な事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | 生活相談員 | | | | | | | | 看護職員 | | | | | | 介護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 |
|  | 常　勤（人） | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |
| 非常勤（人） | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |
| 適合の可否 | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
| **○設備に関する基準の確認に必要な事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | ㎡ | | | | 基準上の面積 | | | | | | ㎡以上 | | | | | 適合の可否 | |  |
| 営業日・  営業時間 | | 単位ごとの営業日（①　　　　　　　②　　　　　　　　③　　　　　　　　　）  単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）  （①　　：　～　：　　　　②　　：　～　：　　　　③　　：　～　：　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添２のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜備考＞

１「適合の可否」「基準上の面積」欄には、記入しないでください。

２記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

３管理者の兼務については、添付資料にて確認が可能な場合には記載を省略することが可能です。

４機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載して

ください。

５従業者の員数については、出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計

数を記載してください。

６当該サービス以外のサービスを実施する場合には､当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の

状況が分かるような料金表を提出してください｡

別添２

指定事業者指定（更新）申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 添　　付　　書　　類 | 申請する事業・施設の種類 | | | 備　考 |
| 相当  サービス | サービスＡ |  |  |
| １ | 履歴全部事項証明書 |  |  |  |  |
| 条例等 |  |  |  |  |
| ２ | 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 |  |  |  |  |
| 上記従業者の資格証等の写し |  |  |  |  |
| ３ | 建物の平面図（写真） |  |  |  |  |
| ４ | 設備の概要（備品一覧等） |  |  |  |  |
| ５ | 運営規程 |  |  |  |  |
| 利用者との契約書 |  |  |  |  |
| 利用者への重要事項説明書 |  |  |  |  |
| ６ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |
| ７ | 誓約書（法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面） |  |  |  |  |
| ８ | (別紙19)事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |
| (別紙1-4)事業費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |  |  |
| 上記算定加算に関する届出(職員欠員減算・若年性認知症受入・選択的サービス関係、事業所評価・サービス提供体制強化・処遇改善加算・割引・その他　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |

　＜備考＞

　１添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

２該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

３添付書類は、指定介護サービス事業所等の指定を受けている場合は、その指定申請時に添付した書類の

写しでもかまいません。

様式第２号（第７条関係）

魚津市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　魚津市長　あて

所　在　地

事業者　名　　　称　　　　　　　　　印

代表者氏名

　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 名　称 | |
| 所在地 | |
| サ　―　ビ　ス　の 種 類 | |  | |
| 変 更 が あ っ た 事 項 | | 変　更　の　内　容 | |
| １ | 事業所・施設の名称 | （変更前） | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ６ | 登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | （変更後） | |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造概要又は平面図 |
| ８ | 事業所の管理者又はサービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名及び経歴 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | その他（サービス事業費算定に係る届出他） |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | |

備考　 １　該当項目番号に〇で囲んでください。

　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第３号（第５条関係）

魚津市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

魚津市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　 名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　次のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置（休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

　備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する

　　　書類を添付してください。