

※受付番号

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
介護保険施設
大崎町長 殿

指定(許可・更新)申請書

令和 年 月 日

申請者 住 所

名 称(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)

印

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可・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。

※事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
		県	郡・市			
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所轄庁	
代表者の職・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日			
			年 月 日			
代表者の住所	(郵便番号 -)					
	県	郡・市				
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
		県	郡・市			
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		E-mail				
	同一所在地において行う事業等の種類		実 施 事 業	指定(許可)申請をする事業所等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等 指定等年月日	有効期間満了日
	指定居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
		居宅介護支援事業				
	施設	介護老人福祉施設				付表14
		介護老人保健施設				付表15
介護療養型医療施設					付表16	
指定介護予防サービス	介護予防訪問介護				付表1	
	介護予防訪問入浴介護				付表2	
	介護予防訪問看護				付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション				付表4	
	介護予防居宅療養管理指導				付表5	
	介護予防通所介護				付表6	
	介護予防通所リハビリテーション				付表7	
	介護予防短期入所生活介護				付表8	
	介護予防短期入所療養介護				付表9	
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表10	
	介護予防福祉用具貸与				付表11	
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等						

備考 1 ※印の欄は記入しないでください。。

- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称(法務局, 都道府県知事等)を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、
 - ① 今回申請するサービスについては、「◎」
 - ② すでに指定を受けているサービスについては、「○」
 - ③ 指定又は許可があったものとみなされたサービス(みなし指定)については、「みなし」を、それぞれに該当する欄に記入してください。
- 5 「指定(許可)申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保健施設として指定(許可)された年月日(法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定(許可)があったものとみなされたものについては、「12.4.1」)を記載してください。
- 7 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

付表13 居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	(郵便番号		—)		鹿児島県			郡市					
	直通連絡先	電話番号				FAX番号				担当者名								
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文												第	条	第	項	第	号	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号						—)		
	氏名																	
	生年月日																	
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無												有		・		無	
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)			事業所等名称									兼務する職種及び勤務時間					
事業開始時の利用者の予定数														人				
従業者の職種・員数			介護支援専門員															
			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																		
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
	営業時間	平日				~	土曜			~	日曜・祝日							
	利用料	法定代理受領でない場合																
	その他の費用																	
	通常の事業実施地域	①	②			③			④			⑤						
添付書類	別添のとおり																	

- 備考 1 ※印の欄は、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 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 (1) 営業日の欄は営業する曜日等に「○」を付してください。
 (2) 営業時間は24時間表示で記入し、「平日」、「土曜」、「日曜・祝日」の3区分で表示できない場合は、備考欄に具体的に記入してください。
 (3) 通常の事業実施地域の欄は、市町村単位で記入するものとし、それによらない場合は、備考欄に記載してください。
 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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わかるような料金表を提出してください。

(参考様式2)

管理者経歴書

事業所・施設の名称			
カナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
備 考 (研 修 等 の 受 講 の 状 況 等)			

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

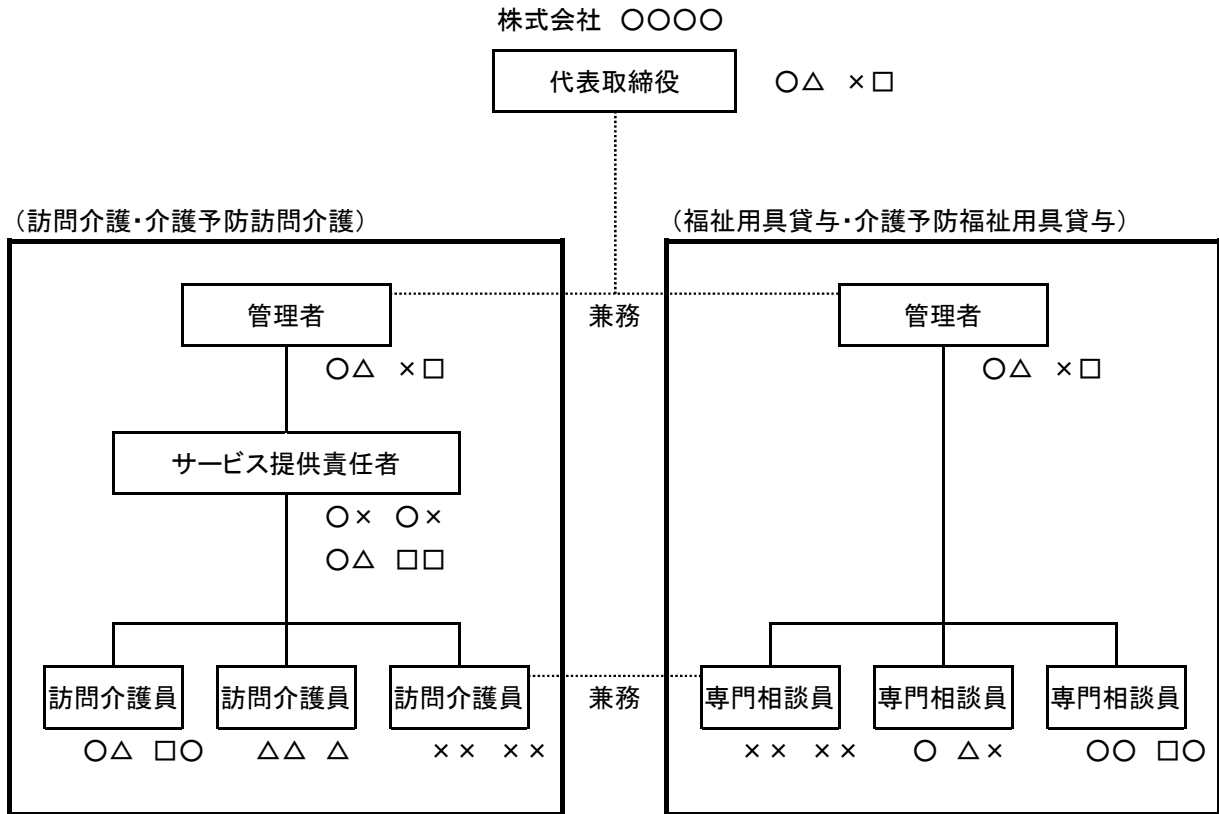
2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

3 当該職種に従事するまでの経歴を漏れなく記入してください。

(参考様式3)

組織体制図

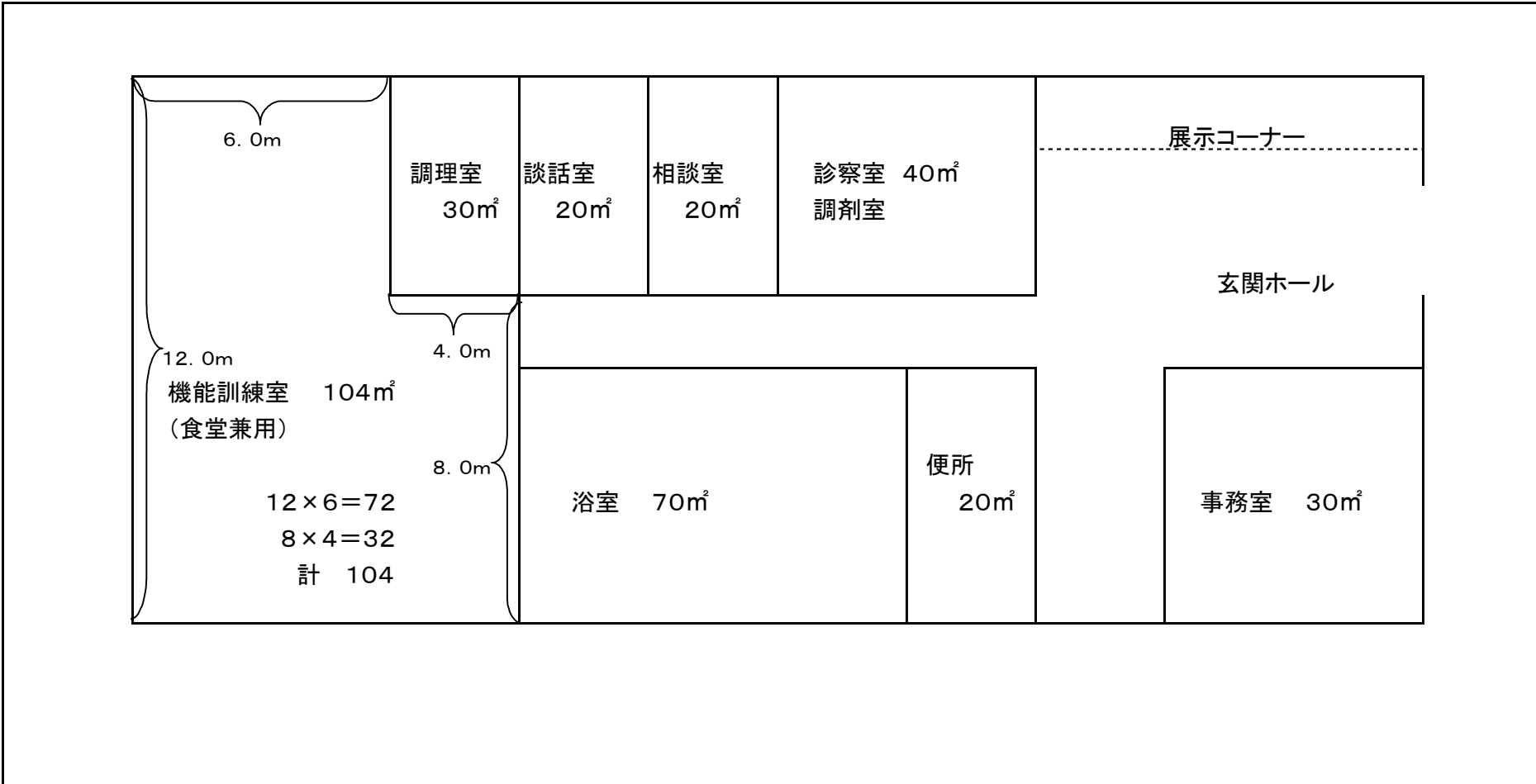
法人全体(同一敷地内等)で、兼務している状況がわかるように記載してください。



(参考様式4)

事業所の平面図等

事業所又は施設の名称



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。(面積が指定基準となっているものについては、求積できるようにしてください。)

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

(参考様式5)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所・施設名	
申請するサービス種類	
事業所又は法人のメールアドレス	

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式6)

当該申請事業に係る資産の状況

サービス種類()

事務所名 ()

種 目	名 称	数 量	備 考
不動産	(記載例)		
土地	-	-	〇〇施設内
建物	〇〇センター	80.0m ²	
動産			
	事務机	〇台	
	事務椅子	〇脚	
	キャビネット	〇個	

備考1 当該申請事業に係る資産をもれなく記載してください。

2 資産の状況を確認できる既存の資料を添付しても差し支えありません。

(参考様式7)

関係市町村及び保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

事業所名	
申請するサービスの種類	

措 置 の 概 要

1 関係市町村との連携

2 他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携

(参考様式8)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号

備考 介護支援専門員証の写しを必ず添付してください。