様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

あま市地域生活支援事業者登録（更新）申請書

（あて先）あま市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（設置者）　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　あま市地域生活支援事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | FAX番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | | フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 登録（更新）を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施する事業の種類 | | | 開設（予定）年月日 | | 記載事項 | | | | | | | | | | | |
| □移動支援事業 | | |  | | 別紙１のとおり | | | | | | | | | | | |
| □地域活動支援センター事業 | | |  | | 別紙２のとおり | | | | | | | | | | | |
| □日中一時支援事業 | | |  | | 別紙３のとおり | | | | | | | | | | | |
| □訪問入浴サービス事業 | | |  | | 別紙４のとおり | | | | | | | | | | | |
| 既に指定を受けている障害福祉サービス事業名 | | | | | 指定年月日 | | 事業所番号 | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 既に指定を受けている介護保険サービス事業名 | | | | | 指定年月日 | | 事業所番号 | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　注　１　今回申請する事業について「実施する事業の種類」の□にチェックを入れてください。

　　　２　事業開始予定日の属する月の前月１０日までに申請をしてください。

別紙１

あま市地域生活支援事業者の登録に係る記載事項（移動支援事業）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | |  | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | |  | | | | | 住　所 | | | 〒 | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 兼務状況 | | 有　・　無 | | 兼務の職務 | |  | | | | | | | |
| 従業者の職種･員数 | | | | | 移動支援従業者 | | | | | | | | | | |
| 専従 | | | | | | | | 兼務 | | |
|  | 従業  者数 | | 常勤（人） | |  | | | | | | | |  | | |
| 非常勤（人） | |  | | | | | | | |  | | |
|  | 常勤換算後の人数（人） | | | |  | | | | | | | |  | | |
| ※従事者名簿を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な運営規定記載事項 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | サービス提供日 | | | |  | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者※ | | | | □特定せず □身体障がい者 □知的障がい者 □精神障がい者 □障がい児 □難病等対象者 | | | | | | | | | | |
| その他参考となる事項 | | | | 第三者評価の実施状況※ | | | | | □している　　　□していない | | | | | |
| 苦情解決の措置概要 | | | | | 窓口（連絡先） | | | | |  |
| 担当者氏名 | | | | |  |
| その他 | | | | |  | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 定款の写し、履歴事項全部証明書、管理者の経歴書、運営規程（移動支援事業分）  従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資格を証する書類の写し、欠格事由に該当していない旨の誓約書、障害福祉サービス事業者指定通知の写し、障害福祉サービス事業等開始届の写し、資産の状況がわかるもの（貸借対照表・収支見込書・財産目録等）、土地建物賃貸借契約書の写し | | | | | | | | | | |

※該当する項目の□にチェックを入れてください。

別紙２

あま市地域生活支援事業者の登録に係る記載事項（地域活動支援センター事業）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設長 | | フリガナ | |  | | | | | | | | 住　所 | | | | 〒 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 兼務状況 | | 有　・　無 | | | 兼務の職務 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種･員数 | | | | | 施設長 | | | | | | 指導員 | | | | | | 看護職員 | | | | その他の従業者 | |
| 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 従業  者数 | | 常勤（人） | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  |  |  |
| ※従事者名簿を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加算の実施※ | | | | | | □看護師加算　　□食事加算　　□入浴加算　　□送迎加算 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な運営規定記載事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | サービス提供日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者※ | | | | □特定せず □身体障がい者 □知的障がい者 □精神障がい者 □障がい児 □難病等対象者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他参考となる事項 | | | | 第三者評価の実施状況※ | | | | | | | | □している　　　□していない | | | | | | | | | |
| 苦情解決の措置概要 | | | | | | | | 窓口（連絡先） | | | | | |  | | | |
| 担当者氏名 | | | | | |  | | | |
| その他 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 定款の写し、履歴事項全部証明書、施設長の経歴書、運営規程（地域活動支援センター事業分）、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資格を証する書類の写し、欠格事由に該当していない旨の誓約書、障害福祉サービス事業等開始届の写し、資産の状況がわかるもの（貸借対照表・収支見込書・財産目録等）、土地建物賃貸借契約書の写し、事業所平面図、事業所の写真 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※該当する項目の□にチェックを入れてください。

別紙３

あま市地域生活支援事業者の登録に係る記載事項（日中一時支援事業）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | FAX番号 | | |  | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | |
| 施設長 | | フリガナ | |  | | | | | | 住　所 | | | 〒 | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 兼務状況 | | 有　・　無 | | | 兼務の職務 | |  | | | | | | | |
| 従業者の職種･員数 | | | | | 日中一時支援従業者 | | | | | | | | | | | |
| 専従 | | | | | | | | | 兼務 | | |
|  | 従業  者数 | | 常勤（人） | |  | | | | | | | | |  | | |
| 非常勤（人） | |  | | | | | | | | |  | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| ※従事者名簿を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加算の実施※ | | | | | | □看護師加算　　□食事加算　　□入浴加算　　□送迎加算 | | | | | | | | | | |
| 主な運営規定記載事項 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | サービス提供日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者※ | | | | □特定せず □身体障がい者 □知的障がい者 □精神障がい者 □障がい児 □難病等対象者 | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | 名 | | | | | | | | | | | |
| その他参考となる事項 | | | | 第三者評価の実施状況※ | | | | | | □している　　　□していない | | | | | |
| 苦情解決の措置概要 | | | | | | 窓口（連絡先） | | | | |  |
| 担当者氏名 | | | | |  |
| その他 | | | | | |  | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 定款の写し、履歴事項全部証明書、管理者の経歴書、運営規程（日中一時支援事業分）、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資格を証する書類の写し、欠格事由に該当していない旨の誓約書、資産の状況がわかるもの（貸借対照表・収支見込書・財産目録等）、土地建物賃貸借契約書の写し、事業所平面図、事業所の写真 | | | | | | | | | | | |

※該当する項目の□にチェックを入れてください。

別紙４

あま市地域生活支援事業者の登録に係る記載事項（訪問入浴サービス事業）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | |  | | | | | | | 住　所 | | | 〒 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 兼務状況 | | 有　・　無 | | | 兼務の職務 | |  | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種･員数 | | | | | | 看護職員 | | | | | | | | | | 介護職員 | | | | |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | | | 専従 | | | | 兼務 |
|  | 従業  者数 | | 常勤（人） | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 非常勤（人） | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| ※従事者名簿を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な運営規定記載事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | サービス提供日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他参考となる事項 | | | | | 第三者評価の実施状況※ | | | | | | □している　　　□していない | | | | | | | | |
| 苦情解決の措置概要 | | | | | | 窓口（連絡先） | | | | | |  | | |
| 担当者氏名 | | | | | |  | | |
| その他 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | | | | 名　称 |  | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | |  | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | |  | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | |  | |
| 添付書類 | | | | | | 定款の写し、履歴事項全部証明書、管理者の経歴書、運営規程（訪問入浴サービス事業分）、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資格を証する書類の写し、欠格事由に該当していない旨の誓約書、介護保険事業者指定通知の写し、事業所の設備及び備品の概要を記載した書類、資産の状況がわかるもの（貸借対照表・収支見込書・財産目録等）、土地建物賃貸借契約書の写し、協力医療機関との契約内容を記載した書類 | | | | | | | | | | | | | | |

※該当する項目の□にチェックを入れてください。