様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

年　　月　　日

　あま市長　様

名　称

申請者

代表者の職名・氏名

指定居宅介護支援事業所指定申請書

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定を受けたいので、次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　　　―　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| Ｅｍａｉｌ |  |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　） |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | 年　　月　　日 |

備考

　１　「受付番号」、「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　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」、「一般社団法人」、「公益財団法人」、「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」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

付表　指定居宅介護支援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　　　―　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　―　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　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 |
| 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、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 | 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） |  |  |
| 事業開始時の利用者の推定数（人） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |

　備考

　　１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別葉に記載した書類を添付してください。

　　２　管理者の兼務について、添付資料にて確認可能な場合は、記載を省略することが可能です。

　　３　次の書類を添付してください。

　　　(1) 申請者の登記事項証明書、条例等

　　　(2) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

　　　(3) 事業所の管理者の経歴（主任介護支援専門員研修終了証の写しを添付してください。経過措置期間中は介護支援専門員証の写しを添付してください。）

　　　(4) 事業所の平面図

　　　(5) 運営規程

　　　(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) 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容

　　　(8) 誓約書

　　　(9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号