様式第３号（第12条関係）

（その１）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年　　月　　日

湯河原町長　様

所　 　在　　 地

申請者　名　　　　　　称

代表者職名・氏名

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者に係る指定（更新）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　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） | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 法人の種別 | |  | | | 法人所轄庁 |  | | | |
| 指定（更新）を受けようとする事業所 | 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 | |  | |
| 同一所在地において行う  事業の種類 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | | 既に受けている指定の有効期間満了日 | | 様式 |
| 訪 問 型 | 旧介護予防  訪問介護相当 | | 年 　月 　日 | | | | 年　 月 　日 | | 付表１ |
| 通 所 型 | 旧介護予防  通所介護相当 | | 年　 月　 日 | | | | 年　 月　 日 | | 付表２ |
|  |  | |  | | | |  | |  |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） | | | | | | | |  | | | |

備考

１　「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」「株式会社」等の別を記入してください。

２　「同一所在地において行う事業の種類」欄は、今回申請する事業及び同一所在地で実施する介護保険法に基づく事業の種類等の内容を記入してください。

（その２）

付表１　　訪問型サービス（旧介護予防訪問介護相当）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　　　－　　　） | | | | | | | | |
| 利用者の推定数 | | | | | | | 人 | | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ | |  | | | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 年 　月 　日 | | | | | |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職種  （兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | |  | | |
| 兼務する同一敷地内の  他の事業所又は施設  （兼務の場合のみ記入） | | | | | 事業所又は施設の名称 | | | | |  | |
| 兼務する職種及び勤務時間 | | | | |  | |
| サービス  提供責任者 | | フリガナ | | |  | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | |
| 氏　　名 | | |  | | | |
| フリガナ | | |  | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | |
| 氏　　名 | | |  | | | |
| 従 業 者 | 訪問介護員等 | | | |  | | | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算後  の員数 | | 基準上の  必要員数 |
| 専従 | | |  |  |  | |  |
| 兼務 | | |  |  |  | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | |  | | | | | | | |
| 営業時間 | | | |  | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | |
| その他の費用 | | | |  | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | |

（その３）

付表２　　通所型サービス（旧介護予防通所介護相当）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　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ |  | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年 　月 　日 | | | | |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職種  （兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設  （兼務の場合のみ記入） | | | | 事業所又は施設の名称 | | | | | | | |  | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間 | | | | | | | |  | | | | |
| 単 位 ① | 従業員  （人） | |  | | 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 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 非　常　勤 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 基準上の必要員数 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 定員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室  の合計床面積 | | | | ㎡ | | | | | 基準上の必要人数 | | | | | | ㎡ | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | |