

受付番号	
------	--

中井町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

中井町長 殿

所在地
申請者 名称
代表者氏名

中井町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定（指定の更新）を受けたいので、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								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	法人の種別									
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ 氏名			生年月日		
	代表者の住所	郵便番号								
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ									
	名称									
	所在地	郵便番号								
	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			既に指定を受けている 事業の指定年月日			様式	
	介護 予防・ 生活 支援 総合 事業	訪問型サービス								付表1
通所型サービス								付表2		
指定申請をする事業の開始予定年月日			年 月 日							
既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号										
申請書の作成担当者 氏名・電話番号・FAX番号										

- 備考1 「受付番号」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」・「一般財団法人」・「株式会社」等の別を記入してください。
 3 「既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号」が複数ある場合には、指定を受けようとする事業所の所在地と同一敷地内にて、指定又は許可を受けた介護保険事業所番号を記入してください。

訪問型サービス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				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
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					
	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(兼務の場合のみ記入)		名称			
		兼務する職種及び勤務時間等				
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					
	フリガナ			住所	郵便番号	
氏名						
従業者の職種・員数		訪問介護員等 (サービス提供責任者を含む。)				
		専 従		兼 務		
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
主な揭示事項	営 業 日					
	年 間 の 休 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					
通常の実業の実施地域						

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 2 サービス提供責任者は、全員記入してください。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。

(表)
通所型サービス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							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
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								
	当該通所介護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									
1 単 位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)				(食堂と機能訓練室が別の場合)				
	食堂兼機能訓練室の面積	m ²			機能訓練室の面積	m ²			
	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)								
	主な揭示事項	営 業 日							
		年 間 の 休 日							
		営 業 時 間							
		サービス提供時間	:		~		:		(送迎時間を除く。)
利 用 定 員		人							
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									
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域									

(裏)

事業所名称												
2 単 位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)	食堂兼機能訓練室の面積		m ²		(食堂と機能訓練室が別の場合)		機能訓練室の面積		m ²		
		従業員の種類・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)											
	営業日											
	年間の休日											
	営業時間											
	サービス提供時間		:		~		:		(送迎時間を除く。)			
	利用定員		人									
	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											
	通常の事業の実施地域											
3 単 位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)	食堂兼機能訓練室の面積		m ²		(食堂と機能訓練室が別の場合)		機能訓練室の面積		m ²		
		従業員の種類・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)											
	営業日											
	年間の休日											
	営業時間											
	サービス提供時間		:		~		:		(送迎時間を除く。)			
	利用定員		人									
	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											
	通常の事業の実施地域											

備考1 「受付番号」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、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。