様式第６号（第５条関係）

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

|  |
| --- |
| 指定地域密着型（介護予防）サービス事業所　指定更新申請書 |

　　年　　月　　日

　　岩内町長　　様

所在地

申請者（事業者）　名称

代表者氏名　　　　　　　　　㊞

　介護保険法に規定する事業所に係る指定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（事業者） | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 主たる事務所の  所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | | |  | | | | |
| 代表者の職名・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 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受けようとする事業所の種類 | 事業所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | 現に受けている  指定の有効期間  満了日 | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | 様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更1 |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更2 |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更3 |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更4 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更5 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更6 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更7 |
| 複合型サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更8 |
| 地域密着型  介護予防  サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更2 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更3 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表更4 |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  |  | |  |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄に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」「公益(一般)社団法人」「公益(一般)財団法人」「株式会社」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入してください。

　　　　4　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」

を記入してください。

　　　　5　「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、該当する欄に指定の有効期間満了日を記入してください。

　　　　6　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。

　　　　7　 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「医療機関コード等」欄に記入してください。

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。

　　　　8　 既に地域密着型サービス事業所の指定更新を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定更新を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記入又は書類の提出を省略できます。

また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定更新を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定更新を受ける場合においても同様です。

付表更１―１　夜間対応型訪問介護事業所の指定更新に係る記載事項

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | |
|
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | |
|
|
|  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | 住所 | 〒 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
|
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | |  | | | | | |
| オペレーションセンターの有無 | | | | | 有・無 | | | | | | | | |
| オペレーションセンターの箇所数 | | | | | か所 | | | | | | | | |
| 予定利用者数 | | | | | 人（うち他の市町村の予定利用者数　　　　人） | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | 訪問介護員等 | | | | | | オペレーター | | | 面接相談員 | |
| 定期巡回サービス | | | 随時訪問サービス | | |
| 専従 | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤 （人） | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 非常勤 （人） | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 適合の可否 | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | |  | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | |  | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添（更１）のとおり | | | | | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

　　　2　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

　　　3　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　4　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記入してください。

　　　5　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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分かるような料金表を提出してください。

付表更１―２　夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | |
| 名称 |  | | | |
|
| 所在地 | 〒 | | | |
|
|
|  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  | | | |
| 営業時間 |  | | | |
| 利用料 | 法定代理受領分（一割負担分） | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | |
| その他の費用 |  | | | |
| 通常の事業実施地域 |  | | | |
| 添付書類 | | 別添（更１）のとおり | | | |

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、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

別添（更１）

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

指定更新申請に係る添付書類一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主たる事業所の名称 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 夜間対応型  訪問介護 |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |  |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者の経歴 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  |  |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  |  |
| 6 | オペレーションセンターサービスの概要（オペレーションセンターを設置しない場合のみ） |  |  |  |  |
| 7 | 随時訪問サービスの委託先（他の訪問介護事業所に委託する場合のみ） |  |  |  |  |
| 8 | 運営規程 |  |  |  |  |
| 9 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  |  |
| 11 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |  |  |  |  |
| 12 | 法第78条の2第4項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 13 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |

備考　1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表更２―１　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定更新に係る記載事項（単独型・併設型）

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | |
| 併設事業所の種別、名称 | | | |  | | | 事業所番号 |  | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | 住所 | 〒 | | | |
| 氏名 |  | | | |
|
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 当該認知症対応型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 |  | | 事業所番号 | |  |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 |  | | | | |
|  | | | | |
| 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 |
|  | 常勤（人） | | | |  |  | |  | |  |
| 非常勤（人） | | | |  |  | |  | |  |
| 基準上の必要人数（人） | | | |  |  | |  | |  |
| 適合の可否 | | | |  |  | |  | |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 | |
|  | | | | | m2 | m2以上 | | |  | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | |
| 営業時間 | | | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)  （①　　：　～　：　　②　　：　～　：　　③　　：　～　：　） | | | | | |
| 利用定員 | | | | 人（単位ごとの定員 ①　　　　人　②　　　　人　③　　　　人） | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | |  | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添（更２）のとおり | | | | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

　　　4　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

　　　5　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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分かるような料金表を提出してください。

付表更２―２　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定更新に係る記載事項（共用型）

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 種別 | |  | | | | | | | | | 事業所番号 | |  | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | 開設年月日 | |  | | |
| 本体の事業所等の入居者を含めた利用者数 | | | | | | | | 人 | | | 当該事業の利用定員 | | | 人 | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | 住所 | 〒 | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
|
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 当該認知症対応型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 |  | | | | 事業所番号 | | |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 |
|  | 常勤（人） | | |  | | | | |  | | |  | | |  |
| 非常勤（人） | | |  | | | | |  | | |  | | |  |
| 基準上の必要人数（人） | | |  | | | | |  | | |  | | |  |
| 適合の可否 | | |  | | | | |  | | |  | | |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | m2 | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)  （①　　：　～　：　　②　　：　～　：　　③　　：　～　：　） | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | | 人（単位ごとの定員①　　　　人　②　　　　人　③　　　　人） | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分(一割負担分) | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添（更２）のとおり | | | | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」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　「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。

　　　4　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

　　　5　従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。

　　　6　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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分かるような料金表を提出してください。

付表更２―３　認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | |
| 名称 |  | | | |
|
| 所在地 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|  | | | m2 | m2以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | 単位ごとの営業日 | | |
| 営業時間 | | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)  （①　 ：　～　：　　②　 ：　～　：　　③　 ：　～　：　） | | |
| 利用定員 | | 人（単位ごとの定員 ①　　人　②　　人　③　　人） | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分(一割負担分) | | |
| 法定代理受領分以外 | | |
| 食事の提供に要する費用 | |  | | |
| 通常の事業実施地域 | |  | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。

別添（更２）

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

指定更新申請に係る添付書類一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主たる事業所の名称 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 認知症対応型通所介護 | 介護予防  認知症対応型  通所介護 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |  |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 管理者の経歴 |  |  |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |  |  |
| 5 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  |  |
| 6 | 運営規程 |  |  |  |  |
| 7 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |
| 8 | サービス提供実施単位一覧表 |  |  |  |  |
| 9 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  |  |
| 10 | 地域密着型介護サービス費等の請求に関する事項 |  |  |  |  |
| 11 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 12 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |

備考　1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表更３―１　小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定更新に係る記載事項

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 併設  施設等 | | | 種別 | |  | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | 事業所番号 | |  | | |
| 管理者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
|
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 併設する施設等の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | | 事業所番号 | |  | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用者数（推定数を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | |
| 登録定員 | | | | 人 | | | | 通いサービスの利用定員 | | | | | | | | 人 | | | 宿泊サービスの利用定員 | | | | | 人 | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 介護従事者 | | | | | | | | うち看護職員 | | | | | | 介護支援専門員 | | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | | 専従 | | | | 兼務 | | 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 | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | | | | | | m2 | | | | 基準上の必要面積 | | | | | m2以上 | | | | 適合の可否 | | |  |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | | | m2 | | | 宿泊サービスの利用  定員から個室の定員  数を減じた数 | | | | | | 人 | | | 基準上の必要数値 | | | m2以上 | | 適合の  可否 | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録定員 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通いサービスの利用定員 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービスの利用定員 | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | |  | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | |  | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添（更３）のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記入してください。

　　　4　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記入してください。

　　　5　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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分かるような料金表を提出してください。

付表更３―２　小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | |
|
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | |
|
|
|  | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | FAX番号 |  | | |
| 建物構造概要 | 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | |  | | | | | |
| 居間及び食堂の合計面積 | | | m2 | 基準上の必要面積 | | m2以上 | 適合の可否 | |  |
| 個室以外の宿泊室の合計面積 | m2 | | 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | | 人 | 基準上の  必要数値 | m2以上 | 適合の  可否 |  |
| 主な掲示事項 | 登録定員 | | | 人 | | | | | | |
| 通いサービスの利用定員 | | | 人 | | | | | | |
| 宿泊サービスの利用定員 | | | 人 | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分（一割負担分） | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用 | | |  | | | | | | |
| 宿泊に要する費用 | | |  | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要面積」「適合の可否」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。

別添（更３）

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

指定更新申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 小規模  多機能型居宅介護 | 介護予防小規模  多機能型居宅介護 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |  |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 代表者の経歴 |  |  |  |  |
| 4 | 管理者の経歴 |  |  |  |  |
| 5 | 計画作成担当者の経歴 |  |  |  |  |
| 6 | 事業所の平面図 |  |  |  |  |
| 7 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  |  |
| 8 | 運営規程 |  |  |  |  |
| 9 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  |  |
| 11 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容 |  |  |  |  |
| 12 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 |  |  |  |  |
| 13 | 地域密着型介護サービス費等の請求に関する事項 |  |  |  |  |
| 14 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 15 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 16 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 17 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |

　備考　1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

付表更４　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定更新に係る記載事項

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | 住所 | 〒 | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
|
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 当該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 | | |  | | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | |  | | | |
|  | | | |
| 共同生活住居数 | | | | 戸 | | ① | | | ② | |  | |
| 利用者数  （推定数を記入） | | | | 人 | | 人 | | | 人 | |  | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 介護従事者 | | | 介護従事者 | | 計画作成担当者 | |
| 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 | 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 | | | | |  | | |  | |  | |
| 主な掲示事項 | 居室数 | | | | | 室  （うち個室　室） | | | 室  （うち個室　室） | |  | |
| 利用定員 | | | | | 人 | | | 人 | |  | |
| 利用料 | 法定代理受領分  （一割負担分） | | | |  | | |  | |  | |
| 法定代理受領分以外 | | | |  | | |  | |  | |
| その他の費用 | | | | |  | | |  | |  | |
| 協力医療機関 | 名称 | | |  | | | | | 主な診療科名 | |  | |
| 名称 | | |  | | | | | 主な診療科名 | |  | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | |  | | | | | | |
| 運営推進会議の有無 | | | | | | 有・無 | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添（更４）のとおり | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」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　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

　　　4　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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分かるような料金表を提出してください。

別添（更４）

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

指定更新申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | | 備考 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |  |
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |  |  |  |  |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |  |  |
| 3 | 代表者の経歴 |  |  |  |  |
| 4 | 管理者の経歴 |  |  |  |  |
| 5 | 計画作成担当者の経歴 |  |  |  |  |
| 6 | 事業所の平面図 |  |  |  |  |
| 7 | 設備・備品等に係る一覧表 |  |  |  |  |
| 8 | 運営規程 |  |  |  |  |
| 9 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |  |  |
| 11 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容 |  |  |  |  |
| 12 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要 |  |  |  |  |
| 13 | 地域密着型介護サービス費等の請求に関する事項 |  |  |  |  |
| 14 | 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 |  |  |  |  |
| 15 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |
| 16 | 介護支援専門員の氏名等 |  |  |  |  |
| 17 | 運営推進会議の構成員 |  |  |  |  |

　備考　1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　　2　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

　　　　3　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。