様式第５号（第４条関係）

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

|  |
| --- |
| 指定居宅介護支援事業所 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指定居宅介護支援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 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | （既に指定を受けている場合） | | |
| 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。

付表更　指定居宅介護支援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（兼務の場合記入） | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の予定数 | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数（人） | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | |  | | |  | |
| 専従 | | | | | | 兼務 | | |  | |  |  |  |
|  | 常勤 （人） | | |  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |
|  | 非常勤 （人） | | |  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 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。

　　　3　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。

4　当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援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わかるような料金表を提出して下さい。

　　　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

別添更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | 該当欄 | 備考 |
| 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 | 事業所の管理者の経歴書 |  |  |
| 4 | 事業所の平面図 |  |  |
| 5 | 事業所の外観及び内部の様子がわかる写真 |  |  |
| 6 | 設備・備品等一覧 |  |  |
| 7 | 運営規程 |  |  |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |
| 9 | 当該申請に係る資産の状況 |  |  |
| 10 | 決算書の写し |  |  |
| 11 | 損害保険証書（損害賠償時の対応用） |  |  |
| 12 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 |  |  |
| 13 | 居宅介護サービス計画費の請求に関する事項 |  |  |
| 14 | 誓約書 |  |  |
| 15 | 役員の氏名等 |  |  |
| 16 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  |  |
| 17 | 資格を証明する書類 |  |  |

備考　　1　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　　2　該当欄に「○」を付してください。