

第1号様式(その2) (第2条関係)
 (訪問入浴介護又は介護予防訪問入浴介護の場合)
 (表)

記入しないでください。

※受付番号

提出する日付を記入してください。

指定居宅サービス事業者

指定

指定介護予防サービス事業者

指定更新

申請
 年 月 日

山口県知事様

申請者

郵便番号 753-0000

主たる事務所の所在地 山口市滝町△-0

ふりがな かぶきしがいしゃ やまぐちかいご

名称 株式会社 山口介護

代表者の氏名 山口 太郎

(電話 083-933-●●00)

(ファクシミリ 083-933-0000)

法人名と代表者氏名の両方を記載してください。

訪問入浴介護に係る指定居宅サービス事業者

指定

下記のとおり

介護予防訪問入浴介護に係る指定介護予防サービス事業者

指定の更新

押印不要

第70条第1項

第70条の2第4項において準用する同法第70条第1項

いので、介護保険法

第115条の2第1項

第115条の11において準用する同法第70条の2第4項において準用する同法第115条の2第1項

の規定により、関係書類を添えて申請します。

登記事項証明書の内容と一致させてください。

代 表 者	職名	代表取締役	ふりがな 氏名	やまぐち たろう 山口 太郎	生年月日	昭和〇年△月×日
	住所	(郵便番号 753-0000) 山口市北町〇-〇 (電話 083-933-△△△△)				
事 業 所	ふりがな 名称	ほうもんにゆうよくかいごじぎょうしょ やま 訪問入浴介護事業所 山口				
	所在地	(郵便番号 753-0000) 山口市西町〇-〇 (電話 083-933-△△△△) (FAX 083-933-△△△△)				
管 理 者	ふりがな 氏名	やまぐち いちろう 山口 一郎	住所	(郵便番号 753-〇〇〇〇) 山口市北町〇-〇		
	生年月日	昭和〇年△月×日				
	兼務の 概要	申請に係る事業所で兼務する場合 同一敷地内にある他の事業所等で 兼務する場合		兼務する他の職種 事業所等の名称 兼務する職種		
利用者の推定数		10 人				
事業に係る従業者の員	記入しないでください。		常 勤		非 常 勤	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
		護 職 員	人	人	3 人	人
		介 護 職 員	人	1 人	2 人	人
協力医療機関	名 称		診 療 科 名			
		長州クリニック		内科・循環器科		
事業の開始の予定年月日	令和 年 月 ×日					
現に受けている指定の有効期間満了日	令和 〇 年 △ 月 ×日					

運営規定の内容と一致させてください。

管理者が兼務する場合のみ記入してください。

記入してください。

(裏)

山口県収入証紙貼付け欄

(消印しないこと。)

添付書類

- 1 登記事項証明書又は条例等
- 2 事業所の平面図（各室の用途を明示すること。）
- 3 事業所の設備及び備品の概要を記載した書類
- 4 運営規程
- 5 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- 6 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
- 7 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
- 8 介護保険法第70条第2項各号に該当しないこと又は同法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面

- 注
- 1 ※印欄は、記入しないこと。
 - 2 「兼務の概要」欄は、管理者が兼務する場合にのみ記入すること。
 - 3 「利用者の推定数」欄は、指定居宅サービス事業者の指定又は指定の更新の申請の場合にのみ記入すること。
 - 4 「事業の開始の予定年月日」欄は、指定の申請の場合にのみ記入すること。
 - 5 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、指定の更新の申請の場合にのみ記入すること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。