

申請書 記入例(通所介護の場合)

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

令和〇年 〇月 〇日

山口県知事様

所在地 山口市滝町〇-〇

登記事項証明書の内容と一致させてください。

申請者 名称 株式会社 山口介護

代表者職名・氏名 代表取締役 山口太郎

押印不要

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

登記事項証明書の内容と一致させてください。

法人番号 9999999999999999

フリガナ	カブシキガイシャ ヤマグチカイゴ		
名称	株式会社 山口介護		
主たる事務所の所在地	(郵便番号 753 - 0000) 山口 都道 山口(市)区 滝町〇-〇 府(県) 町 村		
連絡先	電話番号 083-0000-4444 (内線) Email yamaguchikaigo@000000	FAX番号 083-0000-4444	
法人等の種類	株式会社		
代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役 フリガナ ヤマグチ タロウ 氏名 山口 太郎	生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日	
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 753 - 0000) 山口 都道 山口(市)区 北町〇-〇 府(県) 町 村		

法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に☑

指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に☑ <input type="checkbox"/>	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○) <input type="checkbox"/>	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○) <input type="checkbox"/>	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
							令和〇年〇月〇日
指定居宅サービス	訪問介護	<input type="checkbox"/>					
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>					
	訪問看護	<input type="checkbox"/>					
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>					
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>					
	通所介護	<input type="checkbox"/>	○		令和〇年〇月〇日	付表第一号(六)	
	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(七)	
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)	
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)	
	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)	
	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十四)	
	施設	介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十五)
		介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十六)
介護医療院		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十七)	
介護予防訪問入浴介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(二)	
指定介護予防サービス	介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(三)	
	介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(四)	
	介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>				付表第一号(五)	
	介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>				付表第一号(七)	
	介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
	介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)	
	介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)	
	介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>				付表第一号(十四)		
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)						
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)						

指定障害福祉サービス事業所の指定を受けており、共生型サービスとして指定申請する場合は☑をしてください。

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「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予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表 記入例(通所介護の場合)

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	999999999999								
	フリガナ	デイサービスヤマグチ								
	名称	デイサービス山口								
	所在地	(郵便番号 753 - 0000) 山口 都 道 府 (県) 山口 市 区 西町0-0								
	連絡先	電話番号	083-933-0000 (内線)			FAX番号	083-933-0000			
	Email	dayyamaguchikaigo@000000								
管理者	フリガナ	ヤマグチ イチロウ		住所	(郵便番号 753 - 0000)					
	氏名	山口 一郎			山口県山口市東町0-0					
	生年月日	昭和00年 Δ月 〇日								
	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)				指定障害福祉サービス事業所の指定を受けて おり、共生型サービスとして指定申請する場合は「有」に☑をしてください。					
	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		共生型サービスの該当有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無						
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積		80.00 m ²			平面図の面積と一致させてください。		利用定員(同時利用)		20 人	
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
サービス提供単位1	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)		1			1	2			1
	非常勤(人)		1		1	1	2			1
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
				○	○	○	○	○	○	
	営業時間		9 : 00		~		17 : 00			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:				
サービス提供時間		9 : 30		~		16 : 30				
利用定員		20 人								
サービス提供単位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	
			兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:				
サービス提供時間		:		~		:				
利用定員		人								
サービス提供単位3	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)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
		土曜日	:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:				
サービス提供時間		:		~		:				
利用定員		人								
添付書類		別添のとおり								

(参考) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	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)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間			:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			:		~		:		
土曜日				:		~		:			
日曜日・祝日				:		~		:			
サービス提供時間			:		~		:				
利用定員	人										
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	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)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間			:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			:		~		:		
土曜日				:		~		:			
日曜日・祝日				:		~		:			
サービス提供時間			:		~		:				
利用定員	人										

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村									
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email										
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²		利用定員(同時利用)				人			
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
	営業時間			:		~		:			
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			:		~		:		
		土曜日			:		~		:		
		日曜日・祝日			:		~		:		
	サービス提供時間			:		~		:			
	利用定員	人									
	サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
		その他(年末年始休日等)									
営業時間				:		~		:			
曜日ごとに異なる場合記入		平日			:		~		:		
		土曜日			:		~		:		
		日曜日・祝日			:		~		:		
サービス提供時間				:		~		:			
利用定員		人									