

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

様式第 1 号（第 2 条関係）

直方市介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号事業者  
（直方市訪問介護相当サービス・直方市通所通所介護相当サービス）指定申請書

年 月 日

直方市長 様

介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 1 項に規定する第 1 号事業者（直方市訪問介護相当サービス・直方市通所通所介護相当サービス）の指定を受けたいので、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                           | フリガナ                             |                       |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 | 名称                               | 印<br>※法人代表者印を使用してください |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 | 法人種別                             |                       |                          | 法人所管庁              |                         |                        |     |
|                                 | 代表者                              | 職 名                   |                          | フリガナ               | 生 年 月 日                 |                        |     |
|                                 |                                  |                       |                          | 氏 名                | 年 月 日                   |                        |     |
|                                 | 代表者の住所                           | (郵便番号 - )             |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 |                                  | (ビルの名称等)              |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 | 主たる事務所の所在地等                      | (郵便番号 - )             |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 |                                  | (ビルの名称等)              |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 |                                  | 電話番号                  |                          |                    | F A X 番号                |                        |     |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類 | フリガナ                             |                       |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 | 名称                               |                       |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 | 主たる事業所の所在地等                      | (郵便番号 - )             |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 |                                  | (ビルの名称等)              |                          |                    |                         |                        |     |
|                                 |                                  | 電話番号                  |                          |                    | F A X 番号                |                        |     |
|                                 | 同一所在地において行う事業の種類                 |                       |                          | 実施事業<br>(該当するものに○) | 指定申請をする事業の<br>事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている<br>事業の指定年月日 | 様式  |
|                                 | 介護予防・日常生活<br>支援総合事業<br>第1号事業サービス | 介護予防訪問介護相当サービス        |                          |                    |                         |                        | 付表1 |
|                                 |                                  | 介護予防通所介護相当サービス        |                          |                    |                         |                        | 付表2 |
|                                 | 介護保険事業所番号                        |                       | (既に指定を受けている場合のみ記入してください) |                    |                         |                        |     |
|                                 | 指定を受けている市町村名                     |                       |                          |                    |                         |                        |     |
| 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」欄には記載しないでください。
- 2 「法人種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 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載してください。

- 4 法人の代表者、役員の氏名・生年月日等を確認するため、履歴事項全部証明書を提出してください。
- 5 「実施事業」欄は、今回申請する事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
- 6 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 7 「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載してください。
- 8 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」欄に記載してください。
- 9 指定を受けようとする事業所は、その事業の指定に係る記載事項を記載した付表をこの申請書とともに提出してください。  
  
提出する付表は、訪問型サービスの指定を受けようとする事業者は付表1、通所型サービスの指定を受けようとする事業者は付表2となります。
- 10 この申請書のほか、付表に記載のある事項について、その内容を確認できる書類を添付してください。

付表1

## 訪問事業の指定に係る記載事項

記入日 年 月 日

|                             |                                      |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------|---|---|--------|-----|-------------------------|---|-------------|---|---|--|------|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 事業所                         | フリガナ                                 |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 名 称                                  |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 所在地                                  | (郵便番号 - )<br>福 岡 県 郡 市 区<br>(ビルの名称等) |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                      |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 直通連絡先                                | 電話番号                                 |        |   |   |        |     | FAX番号                   |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 当該事業の実施について定めのある定款・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                                 |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 当該訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務のみ場合記入)         |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 兼務する同一敷地内の<br>他の事業所又は施設<br>(兼務の場合記入) |                                      |        |   |   | 事業所等名称 |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 兼務する職種<br>及び勤務時間等           |                                      |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 利用者数                        |                                      |                                      | 人      |   |   |        |     | (前3ヶ月の平均値、新規の場合は推定数を記入) |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                      |                                      | 要介護者   |   | 人 |        |     | 要支援者                    |   | 人           |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
| サービス提供<br>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                         |                                      |                                      | 訪問介護員等 |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                      |                                      | 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<br>揭示<br>事項              | 営業日                                  | 日                                    | 月      | 火 | 水 | 木      | 金   | 土                       | 祝 | その他の年間の休日   |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                      |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 営業時間                                 | 平日                                   |        |   | ～ |        |     | 土曜                      |   |             | ～ |   |  | 日・祝日 |  |  | ～ |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                      | 備考                                   |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 訪問介護サービス<br>対応時間                     | 対応日                                  |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                      | 対応時間                                 |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 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                               |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                             | 通常の事業実施地域                            | ①                                    |        |   |   |        | ②   |                         |   |             |   | ③ |  |      |  |  | ④ |  |  |  |  | ⑤ |  |  |  |
| 備考                          |                                      |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 添付書類                        |                                      |                                      |        |   |   |        |     |                         |   |             |   |   |  |      |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |

備考 1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記載しないでください。  
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葉に記載した書類を添付してください。

付表2

通所事業の指定に係る記載事項

記入日 年 月 日

|                             |                                      |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------|------------------------------|--------|-------------|-----------|---------|-----|-------|------|---|---|---|---|-----------|---|--|
| 事業所                         | フリガナ                                 |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 名 称                                  |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 所在地                                  | (郵便番号 - )<br>福 岡 県 郡 市 区<br>(ビルの名称等) |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             |                                      | 直通連絡先                                | 電話番号 |                              |        |             |           | FAX番号   |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
| 当該事業の実施について定めのある定款・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(兼務のみ場合記入)         |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 兼務する同一敷地内の<br>他の事業所又は施設<br>(兼務の場合記入) |                                      |      |                              | 事業所等名称 |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             |                                      |                                      |      | 兼務する職種<br>及び勤務時間等            |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
| 実施単位数                       |                                      | 単位                                   |      | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 |        |             |           |         |     |       |      | 人 |   |   |   |           |   |  |
| 単位別<br>従業者                  |                                      | 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)                               |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             |                                      | 基準上の必要人数(人)                          |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
| 適合の可否                       |                                      |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
| 食堂及び機能訓練室の<br>合計面積          |                                      | ㎡                                    |      |                              |        | 基準上の必要数値    |           |         |     | 適合の可否 |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             |                                      |                                      |      |                              |        | ㎡ 以上        |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
| 主な<br>揭示<br>事項              | 定 員                                  | 人                                    |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 営業日                                  | 日                                    | 月    | 火                            | 水      | 木           | 金         | 土       |     |       |      |   |   |   | 祝 | その他の年間の休日 |   |  |
|                             |                                      |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 営業時間                                 | 平日                                   |      |                              | ～      |             | 土曜        |         | ～   |       | 日・祝日 |   | ～ |   |   |           |   |  |
|                             |                                      | サービス提供時間                             |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             |                                      | 延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)              |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             |                                      | 備考                                   |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 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                               |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
|                             | 通常の事業実施地域                            | ①                                    |      |                              |        | ②           |           |         |     | ③     |      |   |   | ④ |   |           | ⑤ |  |
|                             |                                      | 備考                                   |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |
| 添付書類                        |                                      |                                      |      |                              |        |             |           |         |     |       |      |   |   |   |   |           |   |  |

備考 1 「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業に記載した書類を添付してください。  
3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については別紙に記載し添付してください。