様式第１号（第２条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　年　　月　　日

坂戸市長　あて

代表者は職と氏名を記載ください。

申請者　所　在　地

名　　　称

代表者職・氏名

介護保険法第１１５条の４５の３第１項の指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | **１１２３９１** |
| 申請者 | 連絡先 | 電話番号 | 株式会社、医療法人社団、社会福祉法人、特定非営利活動法人等を記載 |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 法人種別 | 　 |
| 代表者職名等 | 職　　名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日役員名簿、法人登記簿謄本と一致 |
| 代表者住所 | 〒 |
| 申請に係る事業所 | ふりがな |  |
| 事業所名称 | 「訪問介護相当サービス」「通所型サービスA」等 |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業の種類 |  |
| 事業の開始予定年月日 | 　　　　　　　　年　　月　　日平成30年4月1日またはそれ以降の開始予定日 |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | 実施事業 | 事業所等の名称 | 当該事業の指定年月日 |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |
|  | 平成30年度から指定を受ける予定の市町村も記入して　下さい。「訪問介護」「通所介護」等今回申請する事業以外の事業 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 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 |  |

備考

１　法人種別の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、株式会社等の別を記入してください。

２　当該事業の指定年月日の欄は、当該事業について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。

添付書類

１　次の(1)から(4)までの事業の種類に応じた様式

(1) 施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業　様式第２号（その１）

(2) 施行規則第１４０条の６３の６第１号ロに規定する基準に従う第１号通所事業　様式第２号（その２）

(3) 坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスＡの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成２８年坂戸市告示第

号）に基づく訪問型サービスＡ　様式第２号（その３）

(4) 坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスＡの事業の人　員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成２８年坂戸市告示第

号）に基づく通所型サービスＡ　様式第２号（その４）

２　次に掲げる書類又は次に掲げる事項を記入した書類

(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) 建物の構造概要及び各室の用途を明示した平面図及び設備の概要

(3) 運営規程

(4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(5) 当該申請事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

(6) 当該申請事業に係る資産の状況

(7) 当該申請事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項

(8) 誓約書（法第１１５条の４５の５第２項に該当しないことを誓約する書面）

(9) 役員の氏名、生年月日及び住所