

(裏)

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○印を記入すること。
- 4 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 5 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第71条第1項又は法第72条第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。
- 6 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。
- 6 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局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、そのコードを記入すること。また、複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。

【指定介護予防(訪問・通所)介護相当】・【指定生活支援事業(訪問型サービスA・通所型サービスA)】サービス事業者

付表1-1

介護予防訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(〒 -) 香川県 三豊市													
	連絡先	電話番号				FAX番号									
E-mailアドレス															
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 第 条 第 項 第 号															
管理者	フリガナ				住所	(〒 -)									
	氏名														
	生年月日														
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合）														
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合）	事業所等名称													
兼務する職種及び勤務時間等															
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(〒 -)									
	氏名														
	フリガナ				住所	(〒 -)									
	氏名														
従業者の職種・員数				訪問介護員等				利用者数（前3月の平均）							
				専従		兼務		人							
常勤（人）								届出の前月 人							
非常勤（人）								届出の前々月 人							
常勤換算後の人数（人）								届出の前々々月 人							
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日			～			土曜			日曜・祝日				
		備考													
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）													
		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	別添のとおり														

備考

- 1 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すること。
- 2 出張所等がある場合は、所在地、従業者、営業時間等を付表1-2に記載すること。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

介護予防訪問介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ															
	名 称															
	所在地	(〒 -) 香川県 三豊市														
	連絡先	電話番号					FAX 番号									
E-mail アドレス																
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日						
	営業時間	平日			～			土曜			～		日曜・祝日			～
		備考														
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）														
		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	別添のとおり															

備考

- 1 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すること。
- 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表 2-1

介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ															
	名称															
	所在地	(〒 -) 香川県 三豊市														
	連絡先	電話番号					FAX番号									
	E-mailアドレス															
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											第	条	第	項	第	号
管理者	フリガナ					(〒 -)										
	氏名					住所										
	生年月日															
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合)															
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合)		事業所等名称													
		兼務する職種及び勤務時間等														
実施単位数	単位	同時に通所(療養)介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限								人						
従業者の職種・員数(単位別)		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)																
食堂及び機能訓練室の合計面積					m ²											
主な 掲 示 事 項	定員	人														
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日						
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝日	～						
	サービス提供時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝日	～						
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)														
		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	別添のとおり															

備考

- 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すること。
- 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、付表2-1(別紙)に記載し添付すること。
- 本事業所の所在地以外の場所で本事業の一部を実施するときは、付表2-2に必要事項を記載の上、添付すること。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表 2-1 (別紙)

介護予防通所介護相当サービス事業者 (2 単位目以降)

事業所	フリガナ																	
	名称																	
単 位	従業員の職種・員数 (単位別)	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)																
	主な 揭示 事項	定員	人															
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間	平日			～			土曜			～		日曜・祝日			～	
	備考																	
	単 位	従業員の職種・員数 (単位別)	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)																		
主な 揭示 事項		定員	人															
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間	平日			～			土曜			～		日曜・祝日			～	
備考																		
単 位		従業員の職種・員数 (単位別)	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)																	
	主な 揭示 事項	定員	人															
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日							
		営業時間	平日			～			土曜			～		日曜・祝日			～	
	備考																	

備考

- 1 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すること。
- 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

介護予防通所介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ																	
	名称																	
一部事業施設数		施設																
一部事業施設	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	(〒 -) 香川県 三豊市																
	連絡先	電話番号					FAX番号											
同時に通所(療養)介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を受け ることができる利用者の数の上限														人				
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		
		常勤(人)																
		非常勤(人)																
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²														
主な 掲示 事項	定員	人																
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
	営業時間	平日	~		土曜		~		日曜・祝日		~							
		備考																
一部事業施設	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	(〒 -)																
	連絡先	電話番号					FAX番号											
同時に通所(療養)介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供を 受けることができる利用者の数の上限														人				
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		
		常勤(人)																
		非常勤(人)																
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²														
主な 掲示 事項	定員	人																
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日								
	営業時間	平日	~		土曜		~		日曜・祝日		~							
		備考																
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)																
		法定代理受領分以外																
	その他の費用																	
通常の事業 実施区域	①	②		③			④		⑤									
備考																		
添付書類	別添のとおり																	

備考

- 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すること。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

添付書類 一部事業施設の平面図(設備、備品概要を含む。)