

様式第1 (第2条関係)

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

東郷町長 殿

所在地

申請者

名 称

代表者氏名

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者に係る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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

申 請 者	フリガナ				
	名 称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)			
		(ビル等の名称)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		法人の種別		法人所轄庁	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日
			氏 名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー)			
		(ビル等の名称)			
事業所の所在地	(郵便番号 ー)				
	(ビル等の所在地)				
事業所の名称					
当該申請に係る事業の開始の予定年月日					
指定に係る記載事項		別紙のとおり			

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 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」等の別を記入してください。

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。

別紙 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		(ビル等の名称)			
連絡先	電話番号	FAX 番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文		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				
	事業所での他の職務を兼務する場合にあってはその職務名				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称	兼務する職務及び勤務時間等		
従業者の員数 (人)		介護支援専門員			
		専	従	兼	務
		常勤 (人)			
		非常勤 (人)			
		* 基準上の必要員数 (人)			
* 適合の可否					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	利用料 (法定代理受領分以外)				
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
添付書類	備考3のとおり				

- 備考1 「受付番号」、「*」欄には、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、又は別に記載した書類を添付してください。
- 3 次の書類を添付してください。
- (1) 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条文等
 - (2) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表、事業開始時の利用者の推定数
 - (3) 事業所管理者の経歴
 - (4) 事業所の平面図

- (5) 運営規程
- (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- (7) 当該申請に係る資産の状況
- (8) 関係市町村及び他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容
- (9) 法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書面
- (10) 役員の氏名等
- (11) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- (12) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表