別記第２号様式(第２条関係)

大崎町介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者

指定更新申請書

令和　　年　　月　　日

　　大　崎　町　長　　殿

所在地

申請者　　　　名称

　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する第１号事業者の指定の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | |  | | | ＦＡＸ番号 |  | | |
| 法人の種類 |  | | | 法人の所轄庁 | |  | | | |
| 代表者の職名  ・氏名・生年月日 | 職名 |  | | フリガナ |  | | | | 生年月日 |
| 氏名 |  | | | |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | |  | | | ＦＡＸ番号 |  | | |
| 同一所在地内で行う  事業の種類 |  | | | | | 実施事業 | 指定の有効期間満了日 | | 指定年月日 | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業 | 予防型訪問介護サービス | | | |  |  | |  | |
| 予防型通所介護サービス | | | |  |  | |  | |
|  | | | |  |  | |  | |
|  | | | |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地内で行う  事業の種類 |  | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | 指定の有効期間満了日 | 指定年月日 |
| 居宅サービス・  地域密着型サービス・介護予防サービス | | | 訪問介護 | | | | | | | | | |  |  |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | |  |  |  |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | |  |  |  |
| 介護予防通所介護 | | | | | | | | | |  |  |  |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

　（備考）

　　１　「法人の種類」欄は、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください｡

　　２　「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記

　　　　入してください。

　　３　「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と、指定があったものとみなさ

　　　　れたものに｢みなし」と記入してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については

　　　　「申請中」と記入してください。

　　４　「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入してください。

　　５　「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定された年月日を記入してください。

（参考様式２）

**〇 〇 〇 経 歴 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 | | | |  | | | | |
| カナ |  | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 | (郵便番号　　　　　　　－　　　　　　) | | | | |  |  | |
| 電 話 番 号 | |  | | | | | | |
| 主　　な　　職　　歴　　等 | | | | | | | | |
| 年　　月　～　　年　　月 | | | 勤　　務　　先　　等 | | | | | 職　務　内　容 |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
| 職務に関連する資格 | | | | | | | | |
| 資 格 の 種 類 | | | | | 資 格 取 得 年 月 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 備　考（研修等の受講の状況等） | | | | | | | | |

備考１　「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。

　　２　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

　　３　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宣拡張して、　　　　その全てを記入してください。

　　４　サービス提供責任者の「主な職歴等」欄及び「職務に関連する資格」欄に係る記載については、次の書類を提出することで省略して差し支えありません。

1. 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」
2. 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する１級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」
3. 訪問介護に関する２級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「３年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

（参考様式４）

　　設備・備品等一覧表

サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部屋・設備の種類 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
| サービス提供上配慮  すべき設備の概要  非常災害設備等 |  |  |
| 備品の目録 | 備品の品名及び数量 |  |
|  |  |  |

備考１　申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

　　２　必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

　　３　「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

（参考様式５）

**利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 措　置　の　概　要 |
| １　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置  ２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順  ３　苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）  ４　その他参考事項 |

　備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。