第3号様式(第7条、第8条、第9条、第10条、第11条、第12条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付№ | 　 |

基準該当居宅サービス事業所・基準該当居宅介護支援事業所登録申請書

　　年　　月　　日

椎葉村長　殿

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　㊞

　基準該当居宅サービス事業所(基準該当居宅介護支援事業所)として登録を受けたいので、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 | 〒TEL(　　　)　　-　　　　　FAX(　　　)　　-　　　　　 |
| 法人である場合はその種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職・氏名 | 　 | 　 | フリガナ | 　 |
| 職名 | 　 | 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | 〒TEL(　　　)　　-　　　　　FAX(　　　)　　-　　　　　 |
| 登録を受けようとする事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所等の所在地 | 〒TEL(　　　)　　-　　　　　FAX(　　　)　　-　　　　　 |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 業に○実施事 | 登録申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 既に基準該当サービスの登録を受けている事業等の事業開始年月日 | 様式 | 　 |
| 訪問介護 | 　 | 　 | 　 | 付表1 |
| 訪問入浴介護 | 　 | 　 | 　 | 付表2 |
| 通所介護 | 　 | 　 | 　 | 付表3 |
| 福祉用具貸与 | 　 | 　 | 　 | 付表4 |
| 居宅介護支援 | 　 | 　 | 　 | 付表5 |
| 短期入所生活介護 | 　 | 　 | 　 | 付表6 |
| 基準該当事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に登録を受けている場合に記入) |
| 登録を受けている市町村 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定又は許可を受けている場合に記入) |
| 既に指定等を受けている事業 | 　 |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※裏面の注意事項をお読みください。

付表1―1　基準該当訪問介護事業所の登録に係る記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | 　 | FAX | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | (有・無) |
| 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 | 　 |
| 専従 | 兼務 |
| 　 | 　 |
| 基準上の必要人数(人) | 　 |
| 適合の可否 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 備考 | 　 |
| 利用料 | 　 |
| 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　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「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、又は別様に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

5　当該基準該当サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表1―2　基準該当訪問介護事業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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 　 |
| 連絡先 | TEL | 　 | FAX | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 備考 | 　 |
| 利用料 | 　 |
| 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 |

付表2　基準該当訪問入浴介護事業所の登録に係る記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | 　 | FAX |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 当該訪問入浴介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | 　 |
| 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 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 　 |
| 従業者の職種・員数 | 看護職員 | 介護職員 | 　 |
| 　 | 常勤(人) | 　 | 　 |
| 非常勤(人) | 　 | 　 |
| 基準上の必要人数(人) | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 備考 | 　 |
| 利用料 | 　 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 | 　 |
| 協力医療機関 | 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「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、又は別様に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3―1　基準該当通所介護事業所の登録に係る記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | TEL | 　 | FAX |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | 　 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 　 |
| 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 | 　 |
| 　 | 常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要人数(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食事を行う場所及び機能訓練を行う場所の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| 　 | m2 | m2以上 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 単位ごとのサービス提供時間(①　：　～　：　②　：　～　：③　：　～　：　) |
| 利用定員 | 　　人(単位ごとの定員①　　人　②　　人　③　　人) |
| 利用料 | 　 |
| 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　「受付番号」、「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、又は別様に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

5　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

6　当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

7　「単位ごとのサービス提供時間」は、送迎時間を除いて記載してください。

付表3―2　基準該当通所介護事業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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | 　 | FAX | 　 |
| 食事を行う場所及び機能訓練を行う場所の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| 　 | m2 | m2以上 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 単位ごとのサービス提供時間(①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　) |
| 利用定員 | 　　人(単位ごとの定員①　　人　②　　人　③　　人) |
| 添付書類 | 平面図 |

備考

1　「受付番号」、「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、又は別様に記載した書類を添付してください。

3　一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか、又は別様に記載した書類を添付してください。

4　「単位ごとのサービス提供時間」は、送迎時間を除いて記載してください。

付表4　基準該当短期入所生活介護事業所の登録に係る記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | 　 | FAX | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | 　 |
| 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 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 本体施設の種別 | 　 |
| 利用者の推定数 | 人 |
| 従業者 | 　 | 医師 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 　 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 栄養士 | 機能訓練指導員 | 　 |
| 専従 | 兼務 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 設備基準上の記載項目等 | 　 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 | 　 |
| 居室1室あたりの最大定員 | 人 | ※　　　　　人以下 | ※ |
| 居室利用者1人あたり最小面積 | m2 | ※　　　　　m2以上 | ※ |
| 廊下の幅 | m | ※　　　　　m以上 | ※ |
| 食堂と機能訓練室の合計面積 | m2 | ※　　　　　m2以上 | ※ |
| 建物の構造概要 | 　 | ※ |
| 面積 | m2 | ※　　　　　m2以上 | ※ |
| 主な掲示項目 | 利用定員 | 人 | 　 |
| 利用料 | 　 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の送迎の実施地域 | 　 |
| 協力医療機関 | 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 名称 | 　 | 主な診療科名 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

付表5　基準該当福祉用具貸与事業所の登録に係る記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | FAX | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入) | 　 |
| 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 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 　 |
| 従業者の職種・員数 | 専門相談員 | 　 |
| 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 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 備考 | 　 |
| 取り扱う種目 | 　 |
| 利用料 | 　 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 | 　 |
| 添付資料 | 別添のとおり |

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「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、又は別様に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　なお、「専門相談員」のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合には、当該者については、「講習会のカリキュラムと修了を証する書類の写し」を添付してください。

5　当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表6　基準該当居宅介護支援事業所の登録に係る記載事項

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | FAX | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 当該居宅介護支援事務所における介護支援専門員との兼務の有無 | 有・無 |
| 同一敷地内の他の事業所の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 　 |
| 事業開始時の利用者の予定数 | 　　　　人 |
| 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) | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考(その他年間の休日) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ | 日祝 | ～ |
| 備考 | 　 |
| 利用料 | 　 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業の実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考

1　「受付番号」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、又は別様に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　当該基準該当居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅介護支援のサービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表6(別紙)　当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 | 介護支援専門員番号(修了証明書交付元) | 職種 | 常勤 | 非常勤 | 専従 | 兼務 | 兼務の場合の兼務する職種 |
| 　 | (　　　　　　　　) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | (　　　　　　　　) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | (　　　　　　　　) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | (　　　　　　　　) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | (　　　　　　　　) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |

備考

1　「職種」欄には、医師、看護師、保健師等の職種名を記載してください。

2　「常勤・非常勤」欄及び「専従・兼務」欄には、該当する部分に○を付してください。

3　「兼務する職種」欄には、他の事業所の従業者と兼務をしている場合、当該事業所での職種名(例―介護職員、生活相談員等)を記載してください。