付表13　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　　　－　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 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・寄附行為等の条文 | 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 |  |
| 当該居宅介護支援事務所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所(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 | [兼務の場合その職種を記入してください] |
| 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤（人） |  |  |
|  | 非常勤（人） |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　１　※印の欄は、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。

記　入　例

付表13　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 | マルマルキョタクカイゴシエンセンター |
| 名　　称 | ○○居宅介護支援センター |
| 所 在 地 | （郵便番号７６１－○○○○） 香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○号 |
| （ビルの名称等） |
| 連 絡 先 | 電話番号 | ０８７－○○○－○○○○ | FAX番号 | ０８７－○○○－○○○○ |
| 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 | マルマル　マル | 住　所 | （郵便番号７６１－○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ |
| 氏　　名 | ○　○　　○ |
| 生年月日 |  |
| 当該居宅介護支援事務所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | 介護支援専門員 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所(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 | 　　　　３０　　　人 |
| 従業者の員数（人） | 介護支援専門員 | [兼務の場合その職種を記入してください] |
| 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤（人） | １ | １ |
|  | 非常勤（人） |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 月曜日～金曜日（但し、祝日及び１２／２９～１／４を除く） |
| 営業時間 | ９：００～１８：００ |
| 利用料 | 法定代理受領分  |
| 法定代理受領分以外　介護報酬告示上の額 |
| その他費用 | 　地域外交通費 |
| 通常の事業実施地域 | 　綾川町、高松市、三木町 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　１　※印の欄は、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。

別添

居宅介護支援

※受付番号

　指定（許可）申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 添　　　付　　　書　　　類 | 申請する事業・施設の種類 | 備　　考 |
| 居宅支援 |  |  |  |  |  |
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（組織体制図、登録証、雇用契約書の写等） |  |  |  |  |  |  | 参考様式1 |
| 3 | 事業所の管理者の経歴書 |  |  |  |  |  |  | 参考様式2 |
| 4 | 事業所の平面図、位置図、外観及び内部の様子がわかる写真 |  |  |  |  |  |  | 参考様式3 |
| 5 | 運営規程 |  |  |  |  |  |  | 参考例 |
| 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 |  |  |  |  |  |  | 参考様式6 |
| 7 | 当該申請に係る資産の状況（決算書、損害保険証書等） |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 関係市町並びに他の保健医療・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 |  |  |  |  |  |  | 参考様式9-1-② |
| 10 | 役員の氏名等 |  |  |  |  |  |  | 参考様式9-2 |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  |  |  |  |  |  | 参考様式10 |
| 12 | その他（貸借契約書） |  |  |  |  |  |  |  |

備考　１　※印の欄は、記入しないでください。

　　　２　[参考様式](http://www.pref.kagawa.lg.jp/choju/kaigo/jigyosya/youshiki/sankou.html)、[参考例](https://www.pref.kagawa.lg.jp/choju/kaigo/jigyosya/youshiki/unei.html)を掲示しているので、適宜修正のうえ使用してください。

　　　３　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

　　　４　次の添付書類には、原本証明をつけてください。

　　　　　・定款、寄付行為、条例　　・雇用契約書　　・決算書　　・損害保険証書　　・貸借契約書

|  |
| --- |
| 記入担当者連絡先 |
| 事　業　所　名 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | ＦＡＸ番号 |