

指定申請書提出の留意点について

地域密着型サービス事業所の指定に関する事案については
事前に周南市地域福祉課指導監査室までご相談ください

1 申請時期

周南市では事業所の指定について原則「周南市地域密着型サービス運営委員会」において事前に諮ることとしています。委員会は毎年6月、10月、2月の3回程度※開催され、承認を得た後に事業所を指定することとなりますので、委員会の開催予定月の前月第2金曜日までに申請書をご提出ください。(例えば平成29年6月の委員会の場合、5月12日まで)

※委員会の開催時期は変わることがありますので、早めに地域福祉課にご確認ください。

2 申請書及び添付書類について

○申請書の記入については次ページに記入例を示していますので、ご参照ください。

○申請書及び添付書類は 1部 提出してください。

○添付書類については、届出様式に添付書類を示していますので、ご確認ください。

・定款、登記事項証明書は最新のもの（申請日の3か月以内に発行されたもの）を添付してください。複数か所に提出する場合はコピーの添付で構いません。

・介護給付費加算の届出に必要な書類は別掲「3. 介護給付費に係る届出について」を確認していただき、遺漏のないよう添付してください。

○指定基準に適合していることを再度確認しながら資料を作成してください。特に人員基準については注意してください。

○各資料の整合性に注意してください。(例：付表と運営規程と勤務形態一覧表の人員が異なる)

○書類の作成にあたっては、書き損じを修正テープで訂正したり、消せるボールペンで記入を行わないでください。

○提出の前に「添付書類一覧（チェック用）」で書類の漏れがないか確認してください。

申請書や添付書類を指導監査室で精査した結果
訂正や差し替えをお願いすることがあります。

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書

受付番号

記入しない

周南市長 あて

申請者は事業所の開設法人のこと
所在地及び代表者氏名は法人の者
を記入し、押印は法人の代表者印で

平成 xx 年 x 月 x 日

所在地 周南市岐山通1-1
申請者 名称 株式会社 ○○
代表者氏名 周南 太郎

印
記入しない

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

| | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------|
| 申 請 者 | フリガナ | カブシキガイシャ ○○ | | | |
| | 名 称 | 株式会社 ○○ | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒745-0000) | 法人の所在地を記入する 申請者欄の住所と一致すること | | |
| | | 周南市岐山通1-1 (建物の名称等) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 0834-00-0000 | FAX 番号 | 0834-00-0001 |
| | | E-mail | oooooo@xxxxx.co.jp | | |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類 | 法人の種別 | 株式会社 | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ シュウナン タロウ 氏名 周南 太郎 | 生年月日 昭和○○年○月○日 |
| | 代表者の住所 | (〒745-xxxx) 周南市○○町○番○号 | | | |
| | 事業所等の所在地 | (〒745-0032) 周南市銀座2丁目13番地 | | | |
| 地 域 密 着 型 サ ー ビ ス | 同一所在地において行う事業の種類 | 実施 事業 | 指定申請をする 事業の事業開始 予定年月日 | 既に指定を受け ている事業の 指定年月日 | 様式 |
| | 夜間対応型訪問介護 | | | | 付表1 |
| | 認知症対応型通所介護 | | | | 付表2 |
| | 小規模多機能型居宅介護 | | | | 付表3 |
| | 認知症対応型共同生活介護 | ○ | xx年x月○日 | xx年x月x日 | 付表4 |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | 付表5 |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | 付表6 |
| | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | 付表7 |
| | 複合型サービス | | | | 付表8 |
| | 地域密着型通所介護 | | | | 付表9 |
| 地 域 密 着 型 介 護 予 防 サ ー ビ ス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | 付表2 |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | 付表3 |
| | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | ○ | | xx年x月x日 | 付表4 |
| 介護保険事業所番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 (既に指定を受けている場合) | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | △△市 | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |

新規の場合は開設予定の年月日を、更新の場合は更新指定年月日を記入する

更新の場合は直近の指定年月日を記入する

周南市の事業所で他市町被保険者の利用者がある場合、他市町の事業所で周南市の被保険者がいる場合は記入

新規の場合は空白

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

- 2 「連絡先」中のE-mailについては、情報提供をメールで行いますので、**必ずご記入ください**。ただし、個人アドレスは不可です。
- 3 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 4 「法人所轄庁」欄、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。
- 5 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 6 「指定申請をする事業の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載してください。
- 7 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 8 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人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「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 9 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。