

第2号様式(第6条関係)

基準該当居宅サービス事業者等登録申請書

平成〇〇年△△月□□日

綾瀬市長殿

住所 綾瀬市早川550番地

申請者 (所在地)

氏名 ○×通所介護事業所

(名称及び代表者氏名) 綾瀬太郎

基準該当居宅サービス事業者(基準該当居宅介護支援事業者)の登録を関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称	マルハツツウシヨカイゴジギョウシヨ				
		○×通所介護事業所				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 252 - 1192) 神奈川県 綾瀬郡市 早川550番地				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0467-77-1111	FAX番号	0467-77-1111	
	法人である場合その種別				法人所轄庁	
代表者の職・氏名	職名	代表	フリガナ	アヤセ タロウ		
			氏名	綾瀬 太郎		
代表者の住所	(郵便番号 252 - 1192) 神奈川県 綾瀬郡市 早川550番地					
	(ビルの名称等)					
登録を受けようとする事業所	事業所等の所在地	(郵便番号 252 - 1192) 神奈川県 綾瀬郡市 早川550番地				
		(ビルの名称等)				
	同一所在地において実施する事業等の種類	事業	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事業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	○	平成14年4月1日		付表3	
	福祉用具貸与				付表4	
居宅介護支援				付表5		
基準該当事業所番号	(既に登録を受けている場合)					
登録を受けている区市町村						
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)					
既に指定等を受けている事業						
医療機関コード等						

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

事業所	フリガナ	マルハツツウシヨカイゴシギョウシヨ			
	名称	○×通所介護事業所			
	所在地	(郵便番号 252 - 1192) 神奈川県 綾瀬 郡市 早川550番地			
	連絡先	電話番号	0467-77-1111	FAX番号	0467-77-1111
管理者	フリガナ	アヤセ タロウ	(郵便番号 252 - 1192)		
	氏名	綾瀬太郎	住所	綾瀬市早川550番地	
	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)			介護支援専門員	
	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)	3	5	9	1
	非常勤(人)	2	3	3	0
	基準上の必要人数				
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	
60 m ²			m ² 以上		
主な 掲 示 事 項	営業日	月曜日～土曜日(12月30日～1月3日を除く) 単位ごとの営業日 左記に同じ			
	営業時間	9:00～18:00 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (①9:00～12:00②13:00～16:00③ : ~ :			
	利用定員	20 人(単位ごとの定員① 10 人② 10 人③ 人)			
	利用料	介護報酬上の額			
	その他の費用	別添運営規定に定める料金表のとおり			
	通常の事業実施地域	綾瀬市、大和市、海老名市、座間市			
添付書類	別添のとおり				

備考 1 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。

2 「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。

3 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。

4 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。

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

事業所	フリガナ	マルバツツウシヨカイゴシギョウシヨ エビナシュツチョウシヨ		
	名称	○×通所介護事業所 海老名出張所		
	所在地	(郵便番号 243 - 0492) 神奈川 県 海老名 郡市 勝瀬175番地		
	連絡先	電話番号	046-231-2111	FAX番号 046-231-2111
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	
		30 m ²	m ² 以上	
掲示事項	営業日	月曜日～土曜日(12月30日～1月3日を除く) 単位ごとの営業日		
	営業時間	午前9時～午後6時 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① 9:00～12:00 ②13:00～16:00③ : ~ :)		
	利用定員	10人		
	添付書類	別添のとおり		

- 備考 1 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。
- 2 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。

第1号様式（第3条・第5条関係）

特例居宅介護サービス費等・サービス計画費等の代理受領に係る申出書

平成〇〇年△△月□□日

綾瀬市長 殿

所在地 綾瀬市早川550番地

事業者 名称 〇×居宅サービス事業所

代表者 綾瀬太郎 ⑩

次のとおり特例居宅介護サービス費等・サービス計画費等の代理受領について申し出ます。

代理受領の取り扱いを受けようとする期間 1 年間

※ ただし、期間満了前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において、更に 1 年間順次更新をしたものとします。