第4号様式（第4条関係）

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

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

　　須賀川市長

所在地

申請者　名　称

代表者名　　　　　　　　印印

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所所在地市町村番号 |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　─　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | 　生年月日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　─　　　　　　） |
| 事　業　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　─　　　　　　） |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
|  | 現に受けている指定の有効期間満了日 |  |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | 　別添のとおり |
| 誓約書 | 　別添のとおり |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 　別添のとおり |

備考　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。

付表　指定居宅介護支援事業所の更新に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
|  |  |  |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　─　　　） |
|  |
| 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 |  |
| 　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） | 事業所等の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 従業者の職種・員数（人） | 介護支援専門員 | その他の職員（事務職員等） |
| 専　従 | 兼　務 | 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 | 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 　添付書類 | 別表のとおり |

備考　１　「受付番号」欄には、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　「介護支援専門員」については、須賀川市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成30年須賀川市条例第16号）第5条に規定する介護支援専門員の員数を記載してください。

別表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　更新申請に係る添付書類一覧 | 受付番号 |  |
|  |
|  | 主たる事業所の名称 |  |  |
|  |
| 番号 | 添　付　書　類 | 事業所確認欄 | 須賀川市確認欄 |
| １ | 更新申請書 |  |  |
| ２ | 付表 |  |  |
| ３ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  |  |
| ４ | 介護支援専門員一覧 |  |  |
| ５ | 従業者の資格を証する書類 |  |  |
| ６ | 誓約書 |  |  |
| ７ | 関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体としての連携の内容 |  |  |
| ８ | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |
| ９ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |

１　「受付番号」欄及び「須賀川市確認欄」は記入しないでください。

２　この別表と添付書類を上記番号順にして提出してください。