

(別紙)

実施する事業の種類	職員配置の状況 (人)					利 用 定員等	サービス費用基準額以外に 必要な利用料の額
	職 種	常 勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
居 宅 介 護	訪 問 介 護	訪 問 介 護 員 等					
	訪 問 入 浴 介 護	看 護 職 員 介 護 職 員					
	訪 問 看 護	看 護 職 員					
		理学・作業療法士 言語聴覚士					
	訪問リハビリテーション	理学・作業療法士 言語聴覚士					
	居 宅 療 養 管 理 指 導	医 師					
		歯 科 医 師					
		薬 剤 師					
		看 護 職 員					
		歯 科 衛 生 士 管 理 栄 養 士					
	通 所 介 護	生 活 相 談 員					
		看 護 職 員 介 護 職 員					
		機 能 訓 練 指 導 員					
	通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	医 師					
		理学・作業療法士 言語聴覚士					
		看 護 職 員					
		介 護 職 員					
	短 期 入 所 生 活 介 護	医 師					
		生 活 相 談 員					
		看 護 職 員 介 護 職 員					
栄 養 士							
機 能 訓 練 指 導 員							
短 期 入 所 療 養 介 護	医 師						
	薬 剤 師						
	看 護 職 員 介 護 職 員						
	理学・作業療法士						
	支 援 相 談 員						
	栄 養 士						
	介 護 支 援 専 門 員						
	精 神 保 健 福 祉 士 等						
特 定 施 設 入 居 者 生 活 介 護	生 活 相 談 員						
	看 護 職 員 介 護 職 員						
	機 能 訓 練 指 導 員						
	計 画 作 成 担 当 者						
福 祉 用 具 貸 与	専 門 相 談 員						
夜 間 対 応 型 訪 問 介 護	オ ペ レ ー タ ー						
	訪 問 介 護 員 等 (定 期 巡 回) 訪 問 介 護 員 等 (随 時 訪 問)						
認 知 症 対 応 型 通 所 介 護	生 活 相 談 員						
	看 護 職 員 介 護 職 員						
	機 能 訓 練 指 導 員						
小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護	介 護 従 業 者						
	看 護 職 員						
	介 護 支 援 専 門 員						
認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護	介 護 従 業 者						
地 域 密 着 型 特 定 施 設 入 居 者 生 活 介 護	医 師						
	生 活 相 談 員						
	看 護 職 員 介 護 職 員						
	栄 養 士						
	機 能 訓 練 指 導 員 介 護 支 援 専 門 員						

<注意事項>

1. この申請書の提出先は、事業所の所在地によって変わります。
 - ・事業所の所在地が名古屋市内の場合・・・各区役所民生子ども課
 - ・ 〃 が豊橋市内の場合・・・豊橋市役所生活福祉課
 - ・ 〃 が岡崎市内の場合・・・岡崎市役所地域福祉課
 - ・ 〃 が豊田市内の場合・・・豊田市役所生活福祉課
 - ・ 〃 が一宮市内の場合・・・一宮市役所生活福祉課
 - ・ 〃 がその他の市町村内の場合・・・愛知県庁地域福祉課まで提出してください。
2. 貴機関等が指定された場合には、県告示又は市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

<記載要領>

1. 居宅介護事業者が申請する場合には、居宅介護事業所ごと(介護保険事業者番号ごと)に申請書を提出してください。
2. 「事業所の名称」欄は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設認可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。
3. 「管理者氏名」欄は、介護保険法等の規定に基づき配置した管理者の氏名を記載してください。
4. 実施する事業の種類」欄は、今回申請する事業について、該当する欄に「○」を記載してください。
5. 「介護保険法の指定を受けている事業等」欄は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日及び介護保険事業者番号を記載して下さい。申請中の場合は、「指定等年月日」欄に「申請中」と記載して下さい。なお、介護保険法施行法等関係法令の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「12. 4. 1」、「18. 4. 1」と記載して下さい。
6. 「職員配置の状況」欄は、事業ごとに、職種別に、申請時の実人員の数を記載してください。
7. 「利用定員等」欄は、入院、入所(利用)定員を定めている場合に、事業ごとに、申請時における数を記載してください。
8. 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄の、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護に関する部分については、入居に係る利用料とそれ以外が明確に区分されるように記載してください。
9. 中国残留邦人等支援法第14条4項によりその例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入してください。
10. 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

※ 「指定日」は原則として申請日と同日としますが、特別の理由がある場合は記入をしてください。この場合、当該理由の□にチェックしてください。

なお、理由の2及び3は、既に生活保護法等（中国残留邦人等支援法第14条4項によりその例とされた場合を含む）において指定介護機関としての指定を受けている事業所に記入していただくこととなりますが、この場合は「廃止（休止）届書」も同時に提出してください。

特別に指定日の希望がある場合は、下記に記入してください。

希 望 日 有 ・ 無

<指定希望日>

実施する事業の種類	指定希望年月日	実施する事業の種類	指定希望年月日
訪 問 介 護		訪 問 入 浴 介 護	
訪 問 看 護		訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	
居 宅 療 養 管 理 指 導		通 所 介 護	
通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン		短 期 入 所 生 活 介 護	
短 期 入 所 療 養 介 護		特 定 施 設 入 居 者 生 活 介 護	
福 祉 用 具 貸 与		夜 間 対 応 型 訪 問 介 護	
認 知 症 対 応 型 通 所 介 護		小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護	
認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護		地 域 密 着 型 特 定 施 設 入 居 者 生 活 介 護	

<理由>

- 1 指定希望日に、生活保護又は支援給付を受給している者に対して介護サービスを提供したため。
- 2 指定希望日に、開設者の変更（法人格の変更、法人化等を含む）があったため。
- 3 指定希望日に、事業所が移転したため。
- 4 その他（具体的に記入： _____)