

聖籠町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成29年3月21日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第6号

聖籠町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則の一部を改正する規則

聖籠町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（平成18年聖籠町規則第16号）の一部を次のように改正する。

別記様式第1号を次のように改める。

別記様式第1号(第2条関係)

※受付番号

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

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 所在地
名称 印

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				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)	県	都市	
		(ビルの名称等)			
代表者	連絡先電話番号	FAX番号			
	法人の種類	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号)	県	都市	
指定を受けるようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号)	県	都市	
	同一所在地において行う事業の種類	実事業	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
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			付表7
		夜間対応型訪問介護			付表1
		地域密着型訪問介護			付表8
		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			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
介護保険事業所番号					(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					
医療機関コード等					

注 ※印刷は、記入しないこと。

別記様式第1号付表1-1から付表6中「法定代理受領分（1割負担分）」を「法定代理受領分」に改める。

別記様式第1号付表6の次に次の5様式を加える。

付表7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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 -)										
	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・省付行為等の案文												
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)	(職種:)									
	他事業所の従業者との兼務の有無	(有・無)	事業所の名称									
			兼務する職種及び勤務時間等									
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)												
	名称	(郵便番号 -)										
	住所											
従業員の種類・員数	訪問介護員等		オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者					
	定期巡回サービス	随時訪問サービス	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
※基準上の必要人数(人)												
※適合の可否												
主な提示事項	添付書類											
	営業日											
	営業時間											
	利用料	法定代理受領分										
	その他の費用	法定代理受領分以外										
通常の事業実施地域												
添付書類												

備考 1 ※印刷には、記入しないでください。
 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 3 記入欄が不足する場合は、添付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。
 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別欄にて記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 5 当該指定地域看護型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域看護型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7-2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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

※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				
主な提示事項	営業日										
	営業時間										
	利用料	法定代理受領分									
	その他の費用	法定代理受領分以外									
	通常の事業実施地域										
添付書類											

備考 1 ※印刷には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、添付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。

付表8-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

		※受付番号		
事業所	フリガナ			
	名称	(郵便番号 -)		
所在地	所在地			
	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・苦別行為等の条文		第	条第	
併設事業所の種別、名称		事業所番号		
管理	フリガナ	(郵便番号 -)		
	氏名	住所		
管理者	生年月日			
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	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	事業所番号	
兼務する職種 及び勤務時間等				
利用定員(同時に地域密着型通所介護を受けることができる利用者数の上限)の合計				
実 施 単 位 数	単位	人		
食堂及び機能訓練室の面積の合計		㎡		
従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	専従	兼務	専従	
機能訓練指導員	専従	兼務	専従	
常勤(人)				
非常勤(人)				
※基準上の必要人員(人)				
※適合の可否				
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡	※基準上の必要数値	
			㎡以上	
単位別 (単位目)	利用定員			人
	営業日	日 月 火 水 木 金 土 祝	その他年間 の休日	
	営業時間	平日	土曜日	日曜日・祝日
	備考			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	食事の提供に 要する費用			
	その他の費用			
	通常の事業 実施地域			
	添付書類			

- 備考 1 ※印欄は記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、追加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 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。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。
 5 療養所介護の場合、「食堂及び機能訓練室」とあるのは「専用の部屋」と読み替える。
 6 単位数が2単位以上の場合は、別様に記載した書類を添付してください。

付表8-2 地域密着型通所介護事業所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

		※受付番号		
事業所	フリガナ			
	名称	(郵便番号 -)		
所在地	所在地			
	連絡先	電話番号	FAX番号	
食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積		㎡	※基準上の必要数値	
			㎡以上	
単位別 (単位目)	利用定員			人
	営業日	日 月 火 水 木 金 土 祝	その他年間 の休日	
	営業時間	平日	土曜日	日曜日・祝日
	備考			
	利用料	法定代理受領分		
		法定代理受領分以外		
	食事の提供に 要する費用			
	その他の費用			
	通常の事業 実施地域			
	添付書類			

- 備考 1 ※印欄は記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、追加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 単位数が2単位以上の場合は、別様に記載した書類を添付してください。

付表9 看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

		※受付番号	
フリガナ			
事業名称			
所在地	(郵便番号 -)		
連絡先	電話番号	FAX番号	項番 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			
伊設施設等種別	(有・無) 名称	事業所番号	
訪問看護事業所の指定の有無	(有・無) 名称	事業所番号	
フリガナ	住所		(郵便番号 -)
氏名			
生年月日			
管理者	事業所内の従業者との兼務の有無 (有・無)	(職種:)	
	事業所の名称	事業所番号	
	他事業所の従業者との兼務の有無 (有・無)	兼務する職種及び勤務時間等	
通いサービスの利用者数(推定数を記入) 人			
登録定員	人	通いサービスの利用定員	人
従業者の職種・員数	介護従事者	うち看護職員	介護支援専門員
	専従	兼務	専従 兼務
常勤(人)			
非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)			
※基準上の必要人数(人)			
※適合の可否			
建築	耐火構造物、準耐火構造物等の別	㎡	※適合の可否
構造	居室及び食堂の合計面積	㎡	※適合の可否
概要	居室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)
	居室以外の宿泊室の合計面積	㎡	居室サービスの利用定員から居室の定員数を減じた数
	必要	人	※基準上の必要数値
		㎡以上	※適合の可否
主な指示事項	営業日		
	登録定員	人	
	通いサービスの利用定員	人	
	居室サービスの利用定員	人	
	利用料	法定代理受領分	
	食事の提供に要する費用		
	宿泊に要する費用		
	通常の事業実施地域		
協働医療	名称!	主な診療科名	
	名称	主な診療科名	
運営推進会議の有無	有・無		
※付帯事項			

備考 1 ※印刷には、記入しないでください。
 2 記入種が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別に記載した書類を添付してください。
 3 「伊設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
 4 「能力療科医療機関」がある場合は、「能力医療機関」欄に併せて記載してください。
 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型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。

附 則

この規則は、平成29年4月1日から施行する。