

年 月 日

所在地

代表者職名・氏名

[illegible]

申請者	フリガナ														
	名 称														
	主たる事務所の所在地		(郵便番号		-		)		都 道 市 区		府 県 町 村				
	連絡先		電話番号	(内線)				FAX番号							
			Email												
	法人等の種類														
	代表者の職名・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		-		)		都 道 市 区		府 県 町 村					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に ☒														☐	
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類				共生型サービス申請時に ☒	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様 式						
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護								付表第二号(二)					
		認知症対応型通所介護								付表第二号(四)(五)					
		小規模多機能型居宅介護								付表第二号(六)					
		認知症対応型共同生活介護								付表第二号(七)					
		地域密着型特定施設入居者生活介護								付表第二号(八)					
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護								付表第二号(九)					
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護								付表第二号(一)					
		複合型サービス								付表第二号(十)					
	地域密着型通所介護				☐				付表第二号(三)						
	居宅介護支援事業								付表第二号(十一)						
	介護予防支援事業								付表第二号(十二)						
	介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護								付表第二号(四)(五)					
介護予防小規模多機能型居宅介護								付表第二号(六)							
介護予防認知症対応型共同生活介護								付表第二号(七)							
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)											
医療機関コード等				(保険医療機関として指定を受けている場合)											

- 備考
- 1

「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2

保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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、その全てを記載してください。
- 3

地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の地域密着型サービス事業所又は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であって、届出事項に変更がないときは、「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予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4

法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5

様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 6

指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

別紙様式第二号(二)

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
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

		法人番号													
申請者	フリガナ 名称														
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号						
		Email													
	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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村														
事業所	事業等の種類					介護保険事業所番号									
	指定有効期間満了日														
	フリガナ 名称														
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき														
	フリガナ 名称														
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
	フリガナ 氏名							生年月日							
管理者	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													

- 備考
- 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 - 4 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

變更届出書

年 月 日

所在地
市(区・町・村)長殿

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

[illegible]

備考	1	「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
	2	「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の 一部を委託する期間
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1															年 月 日 ~ 年 月 日
2															年 月 日 ~ 年 月 日
3															年 月 日 ~ 年 月 日
4															年 月 日 ~ 年 月 日
5															年 月 日 ~ 年 月 日
6															年 月 日 ~ 年 月 日
7															年 月 日 ~ 年 月 日
8															年 月 日 ~ 年 月 日
9															年 月 日 ~ 年 月 日
10															年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施

2 : 介護予防サービス計画原案の作成

3 : サービス担当者会議の開催

4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意

5 : 介護予防サービス計画書の交付
- 6 : サービス提供の連携・調整

7 : モニタリング

8 : 評価

9 : 給付管理

10 : その他

付表第二号(三) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号												
	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	(内線)					FAX番号					
	Email												
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 ー)					
	氏 名												
	生年月日												
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)□												
	他の事業所、施設等の職 務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地							事業所番号				
		兼務先のサービス種別、兼務 する職種及び勤務時間等											
共生型サービスの該当有無												□ 有 □ 無	
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡		利用定員(同時利用)				人			
サービス提供単位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項												
	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					
		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)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日				
		その他(年末年始休日等)											
	営業時間				:	~			:				
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日				:	~			:		
			土曜日				:	~			:		
日曜日・祝日				:	~			:					
サービス提供時間						:	~			:			
利用定員						人							
サービス提供単位 2	○人員に関する基準の確認に必要な事項												
	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					
		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)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日				
		その他(年末年始休日等)											
	営業時間				:	~			:				
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日				:	~			:		
			土曜日				:	~			:		
日曜日・祝日				:	~			:					
サービス提供時間						:	~			:			
利用定員						人							
サービス提供単位 3	○人員に関する基準の確認に必要な事項												
	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					
		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)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日				
		その他(年末年始休日等)											
	営業時間				:	~			:				
		曜日ごとに 異なる場合 記入	平日				:	~			:		
			土曜日				:	~			:		
日曜日・祝日				:	~			:					
サービス提供時間						:	~			:			
利用定員						人							
添付書類		別添のとおり											

(地域密着型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)

事業所	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村								
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
		Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡		利用定員(同時利用)			人	
サービス提供単位 1	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間				:			~		
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:			~			
			土曜日	:			~			
			日曜日・祝日	:			~			
サービス提供時間			:			~				
利用定員			人							
サービス提供単位 2	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間				:			~		
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:			~			
			土曜日	:			~			
			日曜日・祝日	:			~			
サービス提供時間			:			~				
利用定員			人							
サービス提供単位 3	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		その他(年末年始休日等)								
	営業時間				:			~		
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:			~			
			土曜日	:			~			
			日曜日・祝日	:			~			
サービス提供時間			:			~				
利用定員			人							
添付書類		平面図								

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2

管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3

機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又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

当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
- 5

サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間				:		~		:
曜日ごとに異なる場合記入			平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
			日曜日・祝日	:		~		:	
サービス提供時間			:		~		:		
利用定員			人						
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間				:		~		:
曜日ごとに異なる場合記入			平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
			日曜日・祝日	:		~		:	
サービス提供時間			:		~		:		
利用定員			人						
サービス提供単位6	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間				:		~		:
曜日ごとに異なる場合記入			平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
			日曜日・祝日	:		~		:	
サービス提供時間			:		~		:		
利用定員			人						

(地域密着型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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡		利用定員(同時利用)		人	
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間				:		~		:
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
	日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間			:		~		:		
利用定員			人						
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間				:		~		:
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
	日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間			:		~		:		
利用定員			人						
サービス提供単位6	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間				:		~		:
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:		~		:	
			土曜日	:		~		:	
	日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間			:		~		:		
利用定員			人						

付表第二号（四） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
	Email											
事業の実施形態		☐ 単独型 ☐ 併設型										
管理者	フリガナ	住所			(郵便番号 ー)							
	氏 名											
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)											
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							事業所番号			
		兼務先のサービス種別、 兼務する職種及び勤務時間等										
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡		利用定員(同時利用)				人		
サービス提供単位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常 勤 (人)											
	非常勤 (人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	: ~ :									
		土曜日	: ~ :									
		日曜日・祝日	: ~ :									
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
サービス提供単位 2	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常 勤 (人)											
	非常勤 (人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	: ~ :									
		土曜日	: ~ :									
		日曜日・祝日	: ~ :									
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
サービス提供単位 3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常 勤 (人)											
	非常勤 (人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合 記入	平日	: ~ :									
		土曜日	: ~ :									
		日曜日・祝日	: ~ :									
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
添付書類		別添のとおり										

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応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）

事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
		Email									
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡			利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位 1	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		: ~ :								
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :								
		土曜日	: ~ :								
		日曜日・祝日	: ~ :								
	サービス提供時間		: ~ :								
	利用定員		人								
サービス提供単位 2	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		: ~ :								
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :								
		土曜日	: ~ :								
		日曜日・祝日	: ~ :								
	サービス提供時間		: ~ :								
	利用定員		人								
サービス提供単位 3	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		: ~ :								
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :								
		土曜日	: ~ :								
		日曜日・祝日	: ~ :								
	サービス提供時間		: ~ :								
	利用定員		人								

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2

管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3

機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又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

当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
- 5

サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）記入欄
不足時の資料

■サービス提供単位 4 以降

サービス提供単位 4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常 勤（人）											
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
営業時間		： ～ ：										
曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：										
	土曜日	： ～ ：										
	日曜日・祝日	： ～ ：										
サービス提供時間		： ～ ：										
利用定員		人										
サービス提供単位 5	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	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			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常 勤（人）											
	非常勤（人）											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他（年末年始休日等）									
営業時間		： ～ ：										
曜日ごとに異なる場合記入	平日	： ～ ：										
	土曜日	： ～ ：										
	日曜日・祝日	： ～ ：										
サービス提供時間		： ～ ：										
利用定員		人										

（認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応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）

■複数事業所又はサービス提供単位 4 以降

事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地		(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先		電話番号	(内線)				FAX番号				
		Email										
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡			利用定員(同時利用)				人		
サービス提供単位 4	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
		土曜日	: ~ :									
		日曜日・祝日	: ~ :									
	サービス提供時間		: ~ :									
	利用定員		人									
サービス提供単位 5	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
		土曜日	: ~ :									
		日曜日・祝日	: ~ :									
	サービス提供時間		: ~ :									
	利用定員		人									

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号		
Email							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)		
	氏 名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地				事業所番号	
		兼務先のサービス 種別、兼務する職 種及び勤務時間 等					
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員					
		専 従	兼 務				
		常 勤(人)					
		非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数							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してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号							
	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村						
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号			
		Email						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 ー)		
	氏 名							
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						
		兼務先のサービス種別、兼 務する職種及び勤務時間 等						
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
従業者の職種・員数(人)		担当職員						
		専従	兼務					
		常 勤(人)						
		非常勤(人)						
事業開始時の利用者の推定数		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してください。
- 2

管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3

担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。