様式第2号（第4条・第5条・第6条・第7条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

基準該当サービス等事業所

丸亀市　　　　　　　　　　　　　　　登録申請書

基準該当居宅介護支援事業所

丸亀市長　（宛）

所在地

申請者

氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

基準該当サービス等事業所（基準該当居宅介護支援事業所）として登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |  | | | |
| 法人である場合その種別 |  | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う  事業の種類 | | | 実施  事業 | | | | | | | | 事業種別 | | | | | | | | | | | | | 登録申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | | | 既に登録を受けている事業の事業開始年月日 |
| 訪問介護 | | |  | | | | | | | | （基準該当・相当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 通所介護 | | |  | | | | | | | | （基準該当・相当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 短期入所生活介護 | | |  | | | | | | | | （基準該当・相当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 基準該当居宅介護支援 | | |  | | | | | | | | （基準該当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 介護予防訪問介護 | | |  | | | | | | | | （基準該当・相当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 介護予防通所介護 | | |  | | | | | | | | （基準該当・相当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | | |  | | | | | | | | （基準該当・相当） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| 基準該当サービス等事業所番号  （基準該当居宅介護支援事業所番号） | | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | | （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 | | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | | （既に登録を受けている場合） | | |
| 既に指定等を受けている事業 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」欄には記載しないでください。

２　「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に登録を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

５　「事業種別」欄は、今回申請するもの及び既に登録を受けているものについて、そのサービスが「基準該当居宅サービス又は基準該当介護予防サービス」に該当する場合には「基準該当」を「○」で囲み、指定居宅サービス等に相当するサービスに該当する場合は「相当サービス」を「○」で囲んでください。

６　「登録申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

７　「既に登録を受けている事業の事業開始年月日」欄は、丸亀市において基準該当サービス等事業所、基準該当居宅介護支援事業所として登録を受けた年月日を記載してください。

８　「基準該当サービス等事業所番号（基準該当居宅介護支援事業所番号）」欄については、申請を行う市町村又は他の市町村において既に事業所として登録を受け、番号が付番されている場合には、そのコードを記載してください。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。

９　「登録を受けている区市町村」欄については、既に基準該当サービス等事業所、基準該当居宅介護支援事業所として登録を受けたことがある市町村についてその名称を記載してください。

１０　指定サービス事業所として既に介護保険事業所番号が付番されている場合には、そのコードを「介護保険事業所番号」欄に記載してください。

１１　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既に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、そのすべてを記載してください。

１２　「既に指定等を受けている事業」欄については、指定サービス事業所として指定を受け（みなしによる指定を含む。）、実施している事業の種類について記載してください。