

様式第4号(第4条関係)

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 指定更新申請書

30年5月2日

様
鈴鹿県山田郡大津町

所在地 三重県鈴鹿市国府町4922番地の771

申請者 名称 特定非営利活動法人 まごころ

代表者氏名 代表理事 吉田

介護保険法に規定する指定地域密着型(介護予防)サービス事業所の指定更新を受けたいので、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	ふりがな	トクテイキョウキョウツクサキョウマツリ	
	名称	特定非営利活動法人 まごころ	
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 三重県鈴鹿市国府町4922番地の771	
	連絡先	電話番号 059-299-7622	FAX番号 059-299-7623
	法人の種別	NPO法人	法人所轄庁 三重県
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表理事	ふりがな 吉田 邦子
	氏名	吉田 邦子	生年月日
事業所	ふりがな	グループホーム いのちのつばき	
	名称	グループホーム いのちのつばき	
	所在地	(郵便番号) 10-0267 岐阜市三宅町1700	
連絡先	電話番号	059-272-6020	FAX番号 059-272-6021
	管理者の氏名、生年月日及び経歴	ふりがな	生年月日
管理者の住所	氏名		別添のとおり
	事業の種類	認知症対応型共同生活介護	
現に受けている指定の有効期間満了日	H20.6.8日		
役員	別添のとおり		
法第78条の2第4項各号(又は法第115条の11第2項)に該当しないことを誓約する書面	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		
介護保険事業所番号	2490300189 (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			
医療機関等コード			

注 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。



付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活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	ケルマホーシハナミズキ		
	名称	ケルマホーシハナミズキ		
	所在地	(郵便番号 510-0265) 三重県 桑名市 三 07 17-00		
	連絡先	電話番号	059-229-7622	FAX番号 059-229-7622
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 5 条第 1 項第 20 号
管理者	フリガナ	[Redacted]		住所 (郵便番号 [Redacted])
	氏名	[Redacted]		[Redacted]
	生年月日	[Redacted]		[Redacted]
	当該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			
共同生活住居数	戸	①	②	
利用者数(推定数を記入)	人	9人	人	
従業者の職種・員数	介護従業者		介護従業者	計画作成担当者
	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	5	1	
	非常勤(人)	2	1	1
	常勤換算後の人数(人)	6.8		
	基準上の必要人数(人)			
適合の可否				
主な揭示事項	居室数	9 (うち個室 9)	9 (うち個室 9)	室 室
	利用定員	9	9人	人
	利用料	法定代理受領分(一部負担分)	半額負担	
		法定代理受領分以外	〃	
	その他の費用	車賃等の記入		
機関 協力医療	名称	279内科クリニック	主な診療科名	内科
	名称	おゆみ歯科	主な診療科名	歯科
耐火構造物、準耐火構造物等の別		準耐火		
運営推進会議の有無		(有) 無		
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 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。
 - 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 - 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。

指定更新申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称	グループホームはなみずき
--------------	--------------

番号	添付書類	申請する事業の種類		備考
		認知症対応型 共同生活介護	介護予防 認知症対応型 共同生活介護	
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○	◎	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	◎	
3	代表者の経歴	○	◎	
4	管理者の経歴	○	◎	
5	計画作成担当者の経歴	○	◎	
6	介護支援専門員の氏名等	○	◎	
7	事業所の平面図	○	◎	
8	居室面積一覧表	○	◎	
9	防災設備配置図・消防法令適合通知書の写し・消防用設備等検査済証の写し	○	◎	防火管理者がいる場合は防火管理者研修修了証の写し
10	設備・備品等に係る一覧表	○	◎	
11	運営規程	○	○	
12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	◎	
13	当該申請に係る資産の状況	○	◎	
14	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	○	◎	
15	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要	○	◎	
16	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項	○	◎	
17	法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面	○	◎	
18	役員の氏名等	○	◎	
19	運営推進会議の構成員	○	◎	

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

備考2 添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

備考3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

