

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

平成 30 年 5 月 10 日

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

所在地 三重県亀山市川崎町 1584

申請者

名称 メディカル・ケア・サービス三重株式会社

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。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ	メディカルケアサービスミエカブシキガイシャ				
	名称	メディカル・ケア・サービス三重株式会社				
	所在地	(郵便番号 519-0211) 三重県亀山市川崎町 1584				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0595-85-3366	FAX	0595-85-3867	
	法人の種類	株式会社		法人所轄庁	津地方法務局	
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	アサノ マサヨシ		
			氏名	浅野 雅良		
代表者の住所	(郵便番号 174-0075) 東京都板橋区桜川 3-5-10-103					
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ	アイノイエグループホームコウ				
	名称	愛の家グループホーム国府				
	事業所の所在地	(郵便番号 513-0836) 三重県鈴鹿市国府町 13-10				
	連絡先	電話番号	059-375-1616	FAX	059-375-1615	
	同一所在地において行う事業の種類					
	サービス種類		実施事業			
	認知症対応型通所介護		地域密着型通所介護			
	小規模多機能型居宅介護		介護予防認知症対応型通所介護			
	認知症対応型共同生活介護		○	介護予防小規模多機能型居宅介護		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		介護予防認知症対応型共同生活介護			○
看護小規模多機能型居宅介護						
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
地域密着型特定施設入居者生活介護						
介護保険事業所番号		2 4 9 0 3 0 0 1 7 1				
現に指定を受けている事業所の有効期間満了日		平成 30 年 6 月 8 日				
更新年月日		平成 年 月 日				

申請担当者氏名 [ ] 連絡先電話番号 059-375-1616

備考 1 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください

2 申請担当者氏名・連絡先欄は、この指定更新申請についてお答えできる方を記載してください。



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	アイノイエグループホームコウ					
	名称	愛の家グループホーム国府					
	所在地	(郵便番号 513-0836) 三重県鈴鹿市国府町 13-10					
	連絡先	電話番号	059-375-1616	FAX 番号	059-375-1615		
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	
管理者	フリガナ	[REDACTED]		住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]		
	氏名	[REDACTED]		住所	[REDACTED]		
	生年月日	[REDACTED]		住所	[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	1戸	①	②				
利用者数(推定数を記入)	9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	専従	
常勤(人)		4				1	
非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		4					
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
主な揭示事項	居室数	9室 (うち個室 9室)		室 (うち個室 室)			
	利用定員	9人		人			
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬の告示上の額の1割				
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示上の額				
	その他の費用	運営規程に記載					
療協 機力 関 医	名称	みえ嚙下呼吸リハビリクリニック		主な診療科名	内科		
	名称	大木歯科		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別		耐火・準耐火・それ以外					
運営推進会議の有無		有 無					
添付書類	別添のとおり						

備考 1 「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。  
 2 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。  
 3 「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。  
 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。

別添

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

愛の家グループホーム 国府

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	従業員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。

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。

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。

