

付表 11 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

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			
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号 ー)
	氏名			
	生年月日			
	当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称		
	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するか又は別様に記載した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。

(別添)

付表 11 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務 形態一覧表	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	利用者からの苦情を処理する ために講ずる措置の概要	参考様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	関係市町村並びに他の保健医 療・福祉サービスの提供主体 との連携の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
8	介護支援専門員の氏名及びそ の登録番号	参考様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	