

認知症対応型通所介護事業所の新規指定申請に係る事前届出書

記入日： 年 月 日

法人情報	法人名				
	所在地	〒 ー			
	代表者	(職名)	(氏名)		
	法人種別	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 営利法人(株式会社等) <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 設立			
	介護サービス事業運営実績の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの場合、種別及び指定自治体を記載してください。 種別等：)			
	担当者	(所属)	(氏名)		
	連絡先	(Tel)	(E-Mail)		
事業所情報	開設予定日	年 月 日			
	事業所名(仮称可)				
	所在地	〒 ー 稲城市			
	建物の形態	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 既存事業所との併設型 <input type="checkbox"/> 既存事業所との共用型 <input type="checkbox"/> その他()			
	建物の権利関係	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃借 <input type="checkbox"/> その他()			
	併設(共用)事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(事業所種別：)			
	利用定員等(単位毎) ※記入しきれない場合は別紙等を作成してください。	単位	定員	サービス提供時間(予定)	
		1単位目		:	~ :
2単位目			:	~ :	
3単位目		:	~ :		
開設の動機(自由記入)					

サービスについて	事業所の特色 (自由記入)								
	介護人材確保の 取組み (自由記入)								
	食事の提供	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	車両での送迎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	入浴の提供	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	介護予防対応の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	サービス提供日	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 祝
	保険外サービスの 実施	宿泊サービス (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) その他 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合の詳細:))							

※本届出書は開設予定日の属する月の3か月前の末日までにご提出ください。来庁される場合は、事前に市担当者と来庁日時調整を行ってください。

提出先及び担当： 稲城市福祉部高齢福祉課介護保険係（電話 042-378-2111(代)）
〒206-8601 稲城市東長沼2 1 1 1 番地

※事前相談の結果、追加で提出書類が必要になる場合があります。

※サービス提供にあたっては、「稲城市介護保険条例」、「稲城市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める規則」、「稲城市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則」及び関係法令に従う必要があります。条例等を十分に理解の上、事業計画を検討してください。

稲城市処理欄

※この欄内は記載しないでください。

決 裁 欄			備 考	収 受 印
課長	係長	担当		