　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

館山市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

法人名称

代表者職・氏名　 　　　　　　　印

電話番号

ＦＡＸ番号

館山市指定地域密着型（介護予防）サービス事業者及び

館山市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定に係る

事前協議申込書

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので，下記のとおり事前協議を申し込みます。

この申込書及び添付書類に記載した事項は事実に相違ありません。事実と異なるものであることが判明した場合には，申込みを取り消されても異議はありません。

また、事前協議に関する情報について、以下の事項の情報を公開することに同意いたします。

　(1)　事業所又は施設の名称及び所在地

　(2)　事業所の指定の申請者又は届出者の名称及び主たる事務所の所在地

並びに代表者氏名

　(3)　事前協議の結果

　(4)　その他市長が必要と認める事項

**[法人の概要]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人の種別 |  | 法人設立年月日 |  |
| 法人名称 |  | | |
| 所　在　地 |  | | |
| 代表者職名 |  | 代表者氏名 |  |

**[事業所の概要]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称（仮称） |  | | |
| 事業所の所在地 |  | TEL |  |
| 開設希望日 |  | FAX |  |

**[提供するサービスの概要]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 希望事業に○ | サービス種別 |
| 地域密着型サービス |  | 夜間対応型訪問介護 |
|  | 認知症対応型通所介護 |
|  | 小規模多機能型居宅介護 |
|  | 認知症対応型共同生活介護 |
|  | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
|  | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
|  | 看護小規模多機能型居宅介護 |
|  | 地域密着型通所介護 |
| 地域密着型  介護予防サービス |  | 介護予防認知症対応型通所介護 |
|  | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
|  | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 総合事業 |  | 訪問型サービス（第１号訪問事業） |
|  | 通所型サービス（第１号通所事業） |
| ユニット数（グループホームのみ記入） | | （　　）ユニット |
| 利用定員（予定）※ | | （　 　）人 |

※（看護）小規模多機能で、複数の定員がある場合は利用定員欄にわかるように記入

**[事業所計画]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 土　地 | 現況 |  | 面積 | （　　　　　　　）㎡ |
| 所有者 | □自己所有　　□所有予定（所有予定日　　　年　　月　　日） | | |
| □借地　　　　□借地予定  （所有者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所有者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 建　物 | 整備形態 | □新築　　　　□改修　　　　□その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 事業形態 | □単独型　　　□併設型（併設の事業　　　　　　　　　　　　） | | |
| 建物構造 | （　　　　　　）造　　（　　　　　）階建て | | |
| 所有者 | □自己所有　　□所有予定（所有予定日　　　年　　月　　日） | | |
| □借家　　　　□借家予定  （所有者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所有者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 面　積 | 建築面積（　　　　　）㎡　　　　延べ床面積（　　　　　　）㎡ | | |

**[管理者]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  | | |
| 勤務形態 | □専従　　□兼務（兼務する職種：　　　　　　　　　　） | | |
| 取得資格  ・  修了研修 |  | | |

※資格や研修の修了を証明するものの写しを添付すること

　申込み時点で資格を取得（研修を修了）していない場合は、取得（修了）見込み年月日を記入すること

**[計画作成担当者・介護支援専門員]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  | | |
| 勤務形態 | □専従　　□兼務（兼務する職種：　　　　　　　　　　） | | |
| 取得資格  ・  修了研修 | 介護支援専門員資格　□有（介護支援専門員番号：　　　　　　　　　　）  　　□無（取得見込み：　　　　年　　月頃） | | |
|  | | |

※複数人いる場合は、任意様式で全員記入して提出

※夜間対応型訪問介護，認知症対応型通所介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護，

地域密着型通所介護，通所型サービスは除く

※介護支援専門員証及び研修修了証明書を添付すること

　申込み時点で資格を取得（研修を修了）していない場合は、取得（修了）見込み年月日を記入すること

**[職員配置と勤務体制]**

|  |
| --- |
| 職員の人数（常勤・非常勤、専従・兼務）を記入すること。 |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 常勤 | | 非常勤 | | 兼務の内容 | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | 介護職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | | 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | | （准）看護師 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | | 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | | 訪問介護員 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | | オペレーター | 0 | 0 | 0 | 0 |  | | その他  （　　　　　　） | 0 | 0 | 0 | 0 |  |   　【採用方針】  　　●人物像    　　●スケジュール |

※勤務状況把握の為，勤務形態一覧表を添付すること

**[事業の基本方針・基本理念]**

|  |
| --- |
| 指定を希望する地域密着型サービス事業を実施する上での法人・事業所としての  基本的な考え方や理念を記入すること。 |
| ●理念  ●施設運営方針 |

**[非常災害への対策]**＊夜間対応型訪問介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護は除く

|  |
| --- |
| 災害（火災・震災・水害等）の発生時における対応及び日常の防災体制や  防災訓練の計画について記入すること。 |
|  |

※災害時，緊急時，事故発生時等の対応マニュアルを策定している場合は添付すること

**[緊急時・事故発生時の対応]**

|  |
| --- |
| 緊急時・事故発生時にどのような対応をするか。 |
|  |

**[苦情処理体制]**

|  |
| --- |
| 利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応する為の苦情処理の体制、  伝達経路、対応方法などを記入すること。 |
|  |

**[協力医療機関]** ＊夜間対応型訪問介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護は除く

|  |
| --- |
| 病院名、病院所在地、病院電話番号、病院との取り決め事項（利用者の入院や休日夜等における対応）を記入すること。 |
|  |

※協力医療機関が複数ある場合は、任意様式で全件記載して提出

※取り決め書（契約書等）があれば添付

**[地域との連携方針]** ＊夜間対応型訪問介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護は除く

|  |
| --- |
| 地域との交流についての法人・事業所の考え方、交流の内容として計画している事について記入。＊運営推進会議の設置等 |
|  |

**[近隣住民への説明会開催状況（開催計画）]**

|  |
| --- |
| 地域住民への説明会実施状況（予定含む）。実施済みの場合は、説明会の内容（住民からの提案やそれについての事業者の回答）を記入すること。  未実施の場合は、説明会開催予定日時や出席者等について記入すること。 |
|  |

**[利用料金]**

|  |
| --- |
| 介護度別の利用料金及びその他徴収可能な料金の一覧を作成。 |
|  |