

付表第二号（十二） 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号) 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)
	氏 名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、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。
 3 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。

(別添)

付表第二号 (十二) 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	標準様式	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		☐ 添付	☐ 添付 ☐ 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	☐ 添付	☐ 添付 ☐ 添付省略	
3	平面図	標準様式3	☐ 添付	☐ 添付 ☐ 添付省略	
4	運営規程		☐ 添付	☐ 添付 ☐ 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	標準様式5	☐ 添付	☐ 添付 ☐ 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		☐ 添付	☐ 添付 ☐ 添付省略	
7	誓約書	標準様式6	☐ 添付	☐ 添付	
8	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	標準様式7	☐ 添付	☐ 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	