

居宅介護支援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				
	併設事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(事業所種別：)				
	介護支援専門員	区分	主任介護支援専門員		介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務
		常勤	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人		
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)	
	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

※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の調整を行ってください。

提出先及び担当部署：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
--

※開設後5年度分の収支シミュレーション表（様式自由）を添付書類として提出してください。

※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。

※管理者については主任介護支援専門員である必要があります。その他、サービス提供にあたっては、「稲城市介護保険条例」、「稲城市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営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		