|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 開設予定日 |  |
| 開設予定区 |  |
| 開設サービス種類 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 廃止新規 ※ | 有（法人名：　　　　　　　　　　　　　　　）  （事業所名：　　　　　　　　　　　　　　）  （事業所番号：　　　　　　　　　　　　　）  　無 |
| 併設サービスの有無 | 有（サービス種別：　　　　　　　　　　　　）  　無 |
| 物件 | 所有　　　　賃貸 |
| 建築基準法等に関する事項 | 検査済み証等にて確認済み |
| 消防法に関する事項 | 検査済み証等にて確認済み |

※　事業譲渡など新規開設にあたり廃止（または休止）する事業所がある場合、「有」にチェックを入れてください。

**下記についてご確認・ご回答ください（全サービス対象）。**

電子届出システム利用時の確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 新規指定の手続きを電子届出システムで行った場合は、データ管理統一のため運営開始後の変更届、指定更新等全ての手続きについても、電子届出システムで行うこと。 | 確認した |

申請者の登記事項証明書の提出について（**申請書類提出時**）

|  |  |
| --- | --- |
| 登記情報提供サービス※1 |  |
| 郵送　　　　　　　　※2 |  |

※1　登記情報提供サービスで提出する場合、「照会番号（10桁）」及び「発行年月日」をお知らせください。また、本システムについてのご質問は、一般財団法人民事法務協会にお問い合わせください。

※2　**申請書類提出締め切り日15時必着**となります。

申請書類一式の提出について

|  |  |
| --- | --- |
| 電子届出システム |  |
| 郵送 |  |

※　 **申請書類提出締め切り日15時必着**となります。

納入通知書の写しの提出方法について

|  |  |
| --- | --- |
| 郵送もしくはメール※1 |  |
| 来庁　　　　　　　※2 |  |

※1　事前協議の際に提出していただく登記事項証明書の法人住所宛てに納入通知書を送付いたします。支払後、領収書の写しを郵送もしくはメールにて、**提出締め切り日15時**までに提出ください（**必着**）。

※2　申請書類受付期間終了後、担当者宛てにご連絡いたしますので、来庁していただきお支払いしていただきます。

**下記に該当するサービスはあわせてご回答ください。**

居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者：主任介護支援専門員研修 | 修了済　　　　未修了 |

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護

|  |  |
| --- | --- |
| 定員数 | （　　　　　　　　）人 |

小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者：認知症対応型サービス事業開設者研修 | 修了済　　　　未修了 |
| 管理者：認知症対応型サービス事業管理者研修 | 修了済　　　　未修了 |
| 介護支援専門員：  小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 | 修了済　　　　未修了 |
| 定員数 | 登録（　）人  通い（　）人　　宿泊（　）人 |

常勤換算数方法に基づく人員基準があるサービス（訪問介護・訪問看護など）

|  |  |
| --- | --- |
| 該当職種の配置予定人員数 | 常勤　（　　　）名 → 管理者兼務 有　無  非常勤（　　　）名 |

介護予防支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防支援事業の運営に当たっては、地域包括支援センターとの連携に努めなければならない。  例）利用者の情報の提供等 | 理解した |

その他、追加の確認をさせていただく場合がございます。ご了承ください。