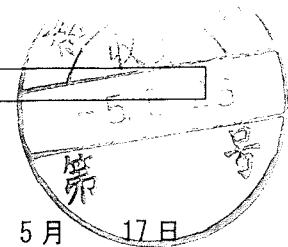


受付番号



指定地域密着型サービス事業所  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書

令和5年 5月 17日

課長	係長	係
福津市長 様		

所在地 熊本県熊本市南区御幸木部1丁目1番1号  
申請者 代表取締役 梶 正登  
名称 株式会社 桜十字

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、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ	カブシキカイシャ サクラジュウジ			
	名称	株式会社 桜十字			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 861-4173) 熊本県熊本市南区御幸木部1丁目1番1号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	096-378-1111	FAX番号	096-378-1119
	法人の種類別	営利法人	法人所轄庁	熊本法務局	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ カジ マサト 氏名 梶 正登	生年月日 昭和 年 月 日
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所	(郵便番号 862-0950) 熊本県熊本市中央区水前寺5丁目6番16号 (ビルの名称等)			
	フリガナ	レッツリハ フクツ			
	事業所の名称	Let's リハ 福津			
	事業所等の所在地	(郵便番号 811-3214 ) 福岡県福津市花見が丘2丁目18-35 (ビルの名称等)			
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表1
	夜間対応型訪問介護				付表2
	認知症対応型通所介護				付表3
	小規模多機能型居宅介護				付表4
	認知症対応型共同生活介護				付表5
	地域密着型特定施設入居者生活介護				付表6
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表7
	地域密着型通所介護	○	令和5年8月1日		付表8
	看護小規模多機能型居宅介護				付表9
介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表3
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表4
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表5
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名					
医療機関コード等					
記入担当者	野間口 卓人	記入担当者連絡先			

備考1「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 8 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員 の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

付表8-1 地域密着型通所介護事業所（療養通所介護）の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	レツツリハ フクツ										
	名称	Let's リハ 福津										
	所在地	(郵便番号 811-3214) 福岡県福津市花見が丘2丁目18-35										
	連絡先	電話番号	0940-72-1021			FAX番号	0940-72-1022					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 2 条第 23 項							
併設事業所の種別、名称				事業所番号								
管理者	フリガナ	ノマクチ タクト		住所	(郵便番号 - )							
	氏名	野間口 卓人										
	生年月日	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）				生活相談員							
	同一敷地内の他の事業所 または施設の従業者との 兼務（兼務の場合のみ記入）	名称			事業所番号							
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----									
実施単位数	3 単位		同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限			10 人						
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
常勤(人)			1			1	1	1	1			
非常勤(人)												
基準上の必要人員(人)												
適合の可否												
食堂及び機能訓練室の合計面積				基準上の必要数値		適合の可否						
63.27 m <sup>2</sup>				m <sup>2</sup> 以上								
主な 揭示 事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他 年間の休日	12/31-1/3	
		○	○	○	○	○			○			
	営業時間	平日	9:15~16:30			土日	~		祝日	9:15~16:30		
		サービス提供時間	7時間15分									
		延長時間（時間延長サービスを行う場合のみ記入）										
		備考										
	利用定員	7人										
	利用料	法定代理受領分										
法定代理受領分以外												
その他の利用	総合事業											
通常の事業実施地域	福津市内											
添付書類	別添のとおり											

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、または別様に記載した書類を添付してください。
  - 機能訓練指導員については、生活相談員または看護職員もしくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
  - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 8-2 地域密着型通所介護事業所（療養通所介護）の指定に係る記載事項  
（2 単位目以降）

受付番号

事業所名	フリガナ	レッツリハ フクツ										
	名称	Let's リハ 福津										
単位	単位別従業者	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)		1			1	1	1	1		
		非常勤(人)										
		基準上の必要人員(人)										
	適合の可否											
	主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他 年間の休日	12/31-1/3
			○	○	○	○	○			○		
		営業時間	平日	9:15~16:30			土日	~		祝日	9:15~16:30	
			サービス提供時間	3時間15分								
延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)												
備考												
利用定員	3人											
単位	単位別従業者	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)		1			1	1	1	1		
		非常勤(人)										
		基準上の必要人員(人)										
	適合の可否											
	主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他 年間の休日	12/31-1/3
			○	○	○	○	○			○		
		営業時間	平日	13:15~16:30			土日	~		祝日	13:15~16:30	
			サービス提供時間	3時間15分								
延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)												
備考												
利用定員	3人											
単位	単位別従業者	従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
		基準上の必要人員(人)										
	適合の可否											
	主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他 年間の休日	
		営業時間	平日	~			土日	~		祝日	~	
			サービス提供時間									
延長時間(時間延長サービスを行う場合のみ記入)												
備考												
利用定員	人											





