介護予防支援指定申請　事前相談票

**作成日：　　　年　月　日**

（内容を了解のうえで☑してください）

□　介護保険関係法令及びその指定基準を充分に理解し、その他各関係法令に適合することができるため、以下のとおり介護予防支援事業にあたっての事前相談を申し込みます。

□　今回の申請にあたり、指定を受けるのはあくまで「介護予防支援」であり、「介護予防ケアマネジメント」については、従前どおり地域包括支援センターから委託を受けて実施する必要があることを理解しています。

◎　事業者（申請法人）の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者情報 | 法人名称 | |  | | | | 代表者氏名 |  |
| 法人所在地 | |  | | | | | |
| 法人連絡先 | | 担当者氏名 |  | | ＴＥＬ（日中の連絡先） | |  |
| 定款等の内容 | | 本事業を実施  する旨の記載  （現時点の状況） | | 定款等の記載内容（記載予定含む） | | | |
|  | | | |
| □有　　□無 | |
| 既存事業の  実施状況 | | 介護保険事業 | |  | | | |
| 運営実績 | |  | | | |
| その他  主な実施事業 | |  | | | |
| （備考） |  | | | | | | |

◎　事業計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施事業の概要 | 開始予定時期 | 年　月 | ※指定日は原則、毎月１日付けとなります。 |
| 居宅介護支援  事業所名称 |  | |
| 事業所所在地 |  | |
| 居宅介護支援事業所の開設日 | 年　　月　　日 | |
| 介護予防支援指定の動機 |  | |

◎　人員の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人材／人員配置 | 管理者氏名 |  | |
| 上記の者の主任介護支援専門員の資格の有無 | □有　　□無 | | ※主任介護支援専門員の資格を有していない場合、やむを得ない事情がある場合を除き、指定はできません。やむを得ない事情がある場合、それがわかる書類を添付してください。 | | | |
| 居宅介護支援事業所の  利用者数 | 人 | | ※居宅介護支援の利用者に地域包括支援センターから委託を受けて行う介護予防支援の利用者の数に1/3を乗じた数を加えた数 | | | |
| 職　種 | | 人数 | | うち常勤者数 | うち非常勤者数 | 常勤換算上の人数 |
| 主任介護支援専門員（管理者を含む） | | 人 | | 人 | 人 | 人 |
| 介護支援専門員 | | 人 | | 人 | 人 | 人 |
| 事務員 | | 人 | | 人 | 人 |  |