

記載不要

※受付番号

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書

令和〇年〇月〇日

申請日を記載

愛知県知事殿

申請者 主たる事務所の所在地 (個人の場合は住所) 名古屋市三の丸三丁目〇番〇〇

名称並びに代表者の職及び氏名 (個人の場合は氏名) 株式会社喀痰あいち 代表取締役 愛知 太郎

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

登記事項証明書の法人住所等と記載を一致させてください。(例: 登記が「三丁目1番2号」となっている場合「3丁目1-2」などと記載しないでください。)

記載不要

※事業所所在地市町村番号

申請者	ふりがな	かぶしきがいしゃかくたんあいち				
	名称又は氏名	株式会社喀痰あいち				
	主たる事務所の所在地又は住所	(郵便番号 460-〇〇〇〇) 名古屋市三の丸三丁目〇番〇〇 (ビルの名称等)				
	電話番号	052-954-〇〇〇〇	FAX番号	052-954-〇〇〇〇		
	個人又は法人の種別	個人・ <b>法人</b> (種別: 株式会社)				
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	代表取締役	ふりがな 氏名	あいち たろう 愛知 太郎	生年月日
登録を受けようとする事業所	ふりがな	かくたんあいち へるぱーすてーしょん				
	事業所名称	喀痰あいち ヘルパーステーション				
	事業所の所在地	(郵便番号 485-〇〇〇〇) 小牧市中央〇丁目〇番〇〇 (ビルの名称等) 小牧〇〇会館3階				
	電話番号	0568-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	0568-〇〇-〇〇〇〇		
	担当者名	小牧 次郎	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	介護保険サービス事業所番号	23〇〇〇〇〇〇〇〇	サービス種別	訪問介護		
	障害福祉サービス実施する行為	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養				
		事業開始予定年月日				
		令和〇年〇月1日				
		令和〇年〇月1日				

登記事項証明書の法人住所等と記載を一致させてください。(例: 登記が「三丁目1番2号」となっている場合「3丁目1-2」などと記載しないでください。)

介護保険サービス事業所の場合は、指定申請又は届出時の事業所名称及び所在地と記載を一致させてください。(事業所名称内のスペースの有無、住所の漢数字又はアラビア数字など。)

該当する行為毎に「〇」を記載してください。ただし、その行為を実施できる従事者がいない場合は、登録申請はできません。

事業開始(登録)予定年月日は、最短で提出月(毎月末日×[消印有効])の翌々月1日です。(例: 7月末日(消印)までに提出→9月1日登録。8月1日(消印)以降に提出→10月1日登録。)  
※ 申請書に不備があり補正に時間を要する場合は、登録月が遅れる場合があります。また、不備が多い場合は補正対応ではなく、申請書類一式を返送させていただく場合がありますのでご注意ください。

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4としてください。

2 同一法人が複数の事業所の登録を申請する場合は、事業所ごとに申請書を作成してください。

3 ※印の欄は、記載しないでください。

4 「個人又は法人の種別」欄は、該当するものを○で囲み、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。

5 「担当者名」及び「連絡先」欄は、この登録申請書及び一連の書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名及び連絡先を記載してください。

6 「介護保険サービス事業所番号」、「障害サービス事業所番号」及び「サービス種別」欄は、該当する欄に事業所指定番号及びサービス種別を記載してください。

7 「実施する行為」欄は、該当する欄に「○」を記載してください。

8 「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。

9 次の書類を添付してください。

(1) 申請者(設置者)が法人である場合には、法人の定款又は寄付行為及び登記事項証明書(直近3か月以内の原本)

(2) 申請者が個人である場合には、その者が住民票を有する場合は住民票の写し(直近3ヶ月以内のもの)、有しない場合はその他の身分を証する書類の写し

(3) 様式1号<介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿>

(4) 様式2号<社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しない旨の誓約書>

(5) 様式3号<登録喀痰行為等事業者(登録特定行為事業者)の登録基準要件に係る書類>

(6) (3)の名簿掲載者に係る介護福祉士登録証の写し(介護福祉士が従事する場合)、認定特定行為業務従事者認定証の写し(認定特定行為業務従事者が従事する場合)又は看護師等の免許証の写し(看護師等が従事する場合)