

※受付番号

記載不要

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 愛知県名古屋市中区〇〇三丁目〇番地
(個人の場合は住所)

法人名・住所は登記事項証明書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」

〇〇〇〇法人〇〇〇〇
氏名 理事長 愛知 太郎
(個人の場合は氏名)

社会福祉士及び介護福祉士法第27条に定める特定行為業務)について事業者

の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

※事業所所在地市町村番号

記載不要

| | | | | | | |
|----|----------------|--|-------|-------------|--------------|------|
| 申請 | ふりがな | 〇〇〇〇ほうじん〇〇〇〇 | | | | |
| | 名称又は氏名 | 〇〇〇〇法人〇〇〇〇 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地又は住所 | (郵便番号 000-0000) 愛知県名古屋市中区〇〇三丁目〇番地 (ビルの名称等) | | | | |
| | 電話番号 | 000-000-0000 | | FAX番号 | 000-000-0000 | |
| 登録 | 個人又は人の種別 | 個人・法人(種別: 〇〇〇〇法人) | | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 理事長 | ふりがな | あいち たろう | 生年月日 |
| | 代表者の職・氏名 | 氏名 | 愛知 太郎 | 和暦〇〇年〇〇月〇〇日 | | |

法人名・住所は登記事項証明書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」など記載しないでください。

【ふりがな】
記号はそのまま、数字、アルファベットはひらがなで記載

事業所の指定通知書のとおりご記載ください
ただし指定後に変更がある場合は変更後の情報をご記載ください

スペースや記号の有無をご確認ください

| | | | | | | |
|----|---------|--|--|-------|--------------|--|
| 登録 | ふりがな | 〇〇〇〇_〇〇〇〇・いちに | | | | |
| | 事業所名称 | 〇〇〇〇_〇〇〇〇・12 | | | | |
| | 事業所の所在地 | (郵便番号 000-0000) 愛知県名古屋市中区〇〇三丁目〇番地 (ビルの名称等) 〇〇〇〇ビル〇〇号 | | | | |
| | 電話番号 | 000-000-0000 | | FAX番号 | 000-000-0000 | |

サービス種別を追加する場合も、登録申請を要します。

| | | | | | |
|-----------|---------------|-------------------|--|--------------|-------------|
| けようとする事業所 | 担当者名 | 〇〇 〇〇 | | 000-000-0000 | |
| | 介護福祉サービス事業所番号 | | | 000-000-0000 | |
| | 障害福祉サービス事業所番号 | 2300000000 | | サービス種別 | 居宅介護・重度訪問介護 |
| | 実施する行為 | 喀痰吸引等(特定行為)の行為の種別 | | | 事業開始予定年月日 |

登録する行為に「〇」を記載してください。ただし、その行為を実施できる有資格者がいない場合は、登録申請できません。

| | | | |
|-----------|---|-----------------|-------------|
| けようとする事業所 | 〇 | 口腔内 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 〇 | 鼻腔内の喀痰吸引 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | | 気管カニューレ内部の喀 | 年 月 日 |
| | 〇 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |

事業開始(登録)予定年月日は、最短で提出月(毎月末日〆切、消印有効)の翌々月1日です。

(例: 7月31日(消印)までに提出→9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。

以下ご確認ください

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 「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。

また、「介護保険サービス事業所」は高齢福祉課へ、「障害サービス事業所」は障害福祉課に提出してください。

「介護保険サービス事業所」と「障害サービス事業所」の両方に登録をされる事業所は、それぞれに登録申請書を提出してください。

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、法人の定款又は寄附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か月以内のもの)、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<登録略痰行為等事業者(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)