

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)業務追加登録申請書

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」などと記載しないでください。)

並びに代表者の 〇〇〇〇法人〇〇〇〇
及び氏名 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48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務(登録特定行為)については社会福祉士及び介護福祉士法附則第27条に定める特定行為業務)について、実施等(特定行為)の行為を追加したいので、次のとおり申請します。

【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してください。

登録喀痰吸引等事業者番号 231200000
登録特定行為事業者登録番号

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

スペースや記号の有無をご確認ください

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

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

追加登録を受けようとする事業所

電話番号 000-000-0000 FAX番号 000-000-0000

担当者名 〇〇 〇〇 サービス種別を追加する場合は、登録申請を要します。

介護保険サービス事業所番号

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

既に登録している行為及び今回追加登録する行為に「o」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、追加登録申請できません。

事業開始(予定)年月日

〇 口腔内の喀痰吸引 令和〇年 〇月 〇日

〇 鼻腔内の喀痰吸引 令和〇年 〇月 〇日

気管カニューレ内部の喀痰吸引 年 月 日

〇 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 令和〇年 〇月 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。

介護

1号

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 ※印の欄は、記載しないでください。

3 「登録喀痰吸引等事業者番号(登録特定行為事業者登録番号)」欄は、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

4 「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。

5 「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。

6 「実施する行為」欄は、既に登録を受けている行為は「◎」を、新たに登録を受ける行為は「○」を記載してください。

7 「事業開始(予定)年月日」欄は、該当する欄に行毎に事業の開始年月日(新たに登録を受ける行為については、開始予定年月日)を記載してください。

8 次の書類を添付してください。

(1)様式1号<介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿>

(2)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>

(3) (1)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)