第１号様式（第２条関係）

**横須賀市介護保険特別給付事業者指定申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請するサービスの種類 |  | 施設入浴サービス |  | 搬送サービス |
| 申　請　者 | フリガナ名　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 法人種別 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ氏 名 |  |
|  |
| 代表者の住　　所 | 〒 |
| 登録をする事業所 | 事業所等の所在地及び名称 | ＜所在地＞＜名　称＞　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  |  　 | ＦＡＸ | 　　　　　　　　　  |
| 指定事業所番　　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 神奈川県の指定事業者番号 |
| あて先　**横須賀市長**　　　横須賀市介護保険特別給付事業者として指定を受けたいので、関係書類を　　添えて申請します。　　令和　　年　　月　　日 法人名 事業者名　　　　　住所 申請者 代表者職名　　　　　氏名（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

第２号の１様式（第３条第１号関係）

指定施設入浴サービス事業所の登録に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 　兼　務　の　有　無 | 　　　（　有　・　無　） |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 | 名称 |  |
| 勤務する職種及び勤務時間帯 |  |
|  |
| 従業員の職種・員数 | 常　勤 | 人 | 職種 |  |
| 非常勤 | 人 | 職種 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 |  |
| その他費用 |  |
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科目 |  |
| 名称 |  | 診療科目 |  |
| 名称 |  | 診療科目 |  |
| 添付書類 | 　　別添のとおり |
|
|  |
| 受付番号 |  |

第３号様式（第３条第２号関係）

経　　歴　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 |  |
| 職　　　　種 | 　　　□管　理　者　　□サービス提供責任者 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 |  | 生年月日 | Ｓ・H　　年　　月　　日 |
|  |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 主　な　職　歴　等 |
| 年　月　～　年　月 | 勤　務　先　等 | 職　務　内　容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職　務　に　関　連　す　る　資　格 |
| 資　格　の　種　類 | 資　格　取　得　年　月　日 |
|  |  |
| 備　　考 |

第４号様式（第３条第２号関係）

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　所　名 |  |
| 申請するサービスの　　種　　類 | 搬送サービス　　・　　施設入浴サービス |
|  |
| 措　置　の　概　要 |
| 1. 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者
2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3. 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

４．その他参考事項 |

第５号様式（第３条第２号関係）

平 面 図

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |

備考１　届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること

　　２　当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等わかりやすく記載してください。

第６号様式（第３条第２号関係）

設備・備品等一覧表

サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事 業 所 名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設備の概要 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
| サービス提供上配慮すべき設備の概要非常災害設備等 |  |  |
| 備品の品目 | 備品の品目及び数量 |  |
|  |  |  |

第７号様式（第３条第３号関係）

**横須賀市介護保険特別給付サービス費の代理受領に係る届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別給付事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法人名事業者の名称及び　　　法人代表者名 |  |
| 事業所の所在地及び　　　電話番号 |  |
| 届　出　内　容 | 　登　録　　休　止　　廃　止　　再　開 変 更 |
| 代理受領した給付費の振込先 |
| 金　融　機　関　名 | 本・支　店　名 | 口座種別 |
|  |  | 普　通当　座 |
| 金融機関コード | 本・支店コード | 口　座　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
| あて先　**横須賀市長**　　上記のとおり、代理受領について届出します。　　　令和　　年　　月　　日 法人名 事業者名事　業　者 住　所　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※事業者と口座名義人が不一致の場合、裏面の委任状を記入してください。

令和　　年　　月　　日

**委　任　状**

（あて先）横須賀市長

（委任者）

　住　所

 職名

　氏　名

　下記の事業に関する支払い請求及び受領に係る権限を次の者に委任します。

（受任者）

　住　所

 職名

　氏　名

記

　　　　　横須賀市介護保険特別給付費に係る支給申請及び給付費受領に係る事務

以上

* 委任者には、法人代表者名を記入してください
* 受任者には、実際に給付費を受領する者を記入してください

第８号様式（第４条第１項関係）

**登 録 事 項 変 更 届 出 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別給付該当事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録内容を変更した事業所 | ＜所在地＞＜名　称＞ |
| サービスの種類（該当に○） | 施設入浴サービス | 搬送サービス |
| 変更のあった事項（該当に○） | 変　更　の　内　容 |
| １ | 事業所名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所所在地 |
| ３ | 法人の名称・主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者の氏名・住所 |
| ５ | 定款、寄付行為及びその登記簿謄本等 | （変更後） |
| ６ | 事業所の建物、構造等 |
| ７ | 事業所管理者の氏名及び住所 |
| ８ | 運　営　規　定 |
| ９ | 振込口座 |
| 10 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| あて先　横須賀市長　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　住　所　事 業 者　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

第９号様式（第５条第１項関係）

**事業廃止（休止・再開）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別給付該当事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止・再開の別 | 　　　　休　止　・　廃　止　・　再　開 |
| 届出する事業所 | ＜所在地＞＜名　称＞ |
| 当該年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 当　該　理　由 |  |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置（休・廃止した場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| あて先　**横須賀市長**　　　上記のとおり、事業の（休止・再開・廃止）をしましたので届出します。　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　住　所　事　業　者　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

第10号の１様式（第６条第２項関係）

横須賀市介護保険特別給付費総括票

（令和　　年　　月分）

令和　　年　　月　　日

**横 須 賀 市 長** 　様

下　記　の　と　お　り　請　求　し　ま　す　。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | サ　ー　ビ　ス　費　用 |
| 費用合計 | 負担割合 | 件　数 (人　数） | 保険請求額 | 利用者負担額 | 市負担額（10％分） |
|  |  | １割 | 　　　件(　 　人) | 90％ |  | 10％ |  |  |
| ２割 | 　　　件(　　 人) | 80％ |  | 20％ |  |  |
| ３割 | 　　　件(　　 人) | 70％ |  | 30％ |  |  |
| 計 | 　　　件(　　 人) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 番 号 |  |
| 請 求 事 業 所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |

第10号の２様式（第６条第２項関係）



第11号様式（第６条第１項関係）

**横須賀市介護保険特別給付費支給申請書**（受領委任用）

（令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **サービス内容**（該当に○） | 施設入浴 | 搬送サービス | 被保険者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担者番号 | 公費受給者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **フリガナ****被保険者****氏　　名** |  |
|  |
| **生年月日** | 明・大・昭　　　　　　　　年　　　月　　　　日　 |
| **住　　所** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| **支払金額****（１０割分）** | 　　￥ |
| あて先　横須賀市長　　　　上記のとおり横須賀市介護保険特別給付費の支給申請をします。　　　　また、当該申請及び給付金の受領を下記の者に委任します。　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　住　所　　申 　請 　者　（兼受領委任者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 受取人の住　　所事業者名代表者名 |  | 事業者番号 |  |
| ＜住　　所＞　＜事業者名＞　＜代表者氏名＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| **必要書類****確認欄** | * サービス提供票（写）
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **振　込　口　座　欄** | 金融機関名 | 本・支店名 |
|  |  |
| 金融機関コード | 本・支店コード | 種目 | 口座番号 |
|  |  |  |  |
| 　　　口座名義人 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **給付明細欄** | サービス種　類 | 日付 | サービス単　価 | 保険分 | 自己負担分 | 市負担分 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

**事 務 処 理 欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 保険料納付状況 | 備　　考 |
| 1. 一般
2. 支払方法の変更
3. 給付額減額
 | 未納保険料有・無滞納保険料有・無 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 給　付　率 | ９割・８割・７割 | 要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５） |
| 保険請求額 |  | 認　定　有　効　期　間 |
| 利用者負担額 |  | 年 　月 　日　～ 　年 　月 　日 |

第12号様式（第７条関係）

サービス提供証明書

　　　　　　　　　　　　　 　　（横須賀市介護保険特別給付用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　 　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付費明細欄 | サービス内容 | 日付 | サービス単価 | サービス額 |
| 施設入浴 |  | 　１２，７３０円 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 搬送サービス |  | 　　　　　　　円 |  |
|  | 　　　　　　　円 |  |
|  | 　　　　　　　円 |  |
|  | 　　　　　　　円 |  |
|  |  円 |  |
|  | 　　　　　　　円 |  |
|  | 　　　　　　　円 |  |
|  | 　　　　　　　円 |  |
| 計 |  |
|  |
| 事 業 所 番 号 |  |
| サービス提 供 事 業 者 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |

（事務処理欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 給　付　率 | ９割・８割・７割 | 要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５） |
| 保険請求額 |  | 認　定　有　効　期　間 |
| 利用者負担額 |  | 年 　月 　日　～ 　年 　月 　日 |

第13号の１様式（第８条第１項関係）

施設入浴サービス

|  |  |
| --- | --- |
| **※太枠の中を記入してください** | 区　分 |
| 新規・変更 |
| 被保険者氏名 | 被保険者住所 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  |
|  |  |
| 被保険者番号 | 生年月日 | 要介護度 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　　　　　　　年　　月　　日 |  |
| 居宅介護支援事業者 | ケアプラン作成者 | サービス利用開始日 |
|  |  | 令和　　　年　　月　　日 |
| 変更前の居宅介護支援事業者 | 変更前のケアプラン作成者 | 変更前の施設入浴サービス事業者 |
| 　 |  |  |
| 横須賀市長様上記被保険者に施設入浴サービスの提供を開始することを届出します。　　令和　　年　　月　　日施設入浴サービス事業者：　 |
|  |
| 事務処理確認欄 | □居宅サービス計画書 |

**特別給付サービス利用届出書**

第13号の２様式（第８条第１項関係）

**搬送サービス**

|  |  |
| --- | --- |
| **※太枠の中を記入してください** | 区　分 |
| 新規・変更 |
| 被保険者氏名 | 被保険者住所 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  |
|  |  |
| 被保険者番号 | 生年月日 | 要介護度 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |  |
| 居宅介護（介護予防）支援事業者 | 単　価 | 駐車位置までの状況 |
|  | □２１２０□３７１０□４７７０ | □階段及び急坂（およそ　　段）□距離（およそ　　　　ｍ） |
| ケアプラン作成者 | ８回以上の提供 | サービス利用開始日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | □該当する□ 特定疾病療養受療証(写)の添付 | 令和　　　年　　月　　日 |
| サービス提供方法 | 併用サービス |
| ※サービスの提供方法を具体的に記載してください。 | □搬送サービスのみ□ショートステイ□デイサービス・デイリハ□身体介護□通院等乗降介助□施設入浴 |
| 変更前の居宅介護（介護予防）支援事業者 | 変更前のケアプラン作成者 | 変更前の搬送サービス事業者 |
|  |  |  |
| 横須賀市長様上記被保険者に搬送サービスの提供を開始することを届出します。　　令和　　年　　月　　日搬送サービス事業者：　 |
|  |
| 事務処理確認欄 | □居宅サービス（介護予防サービス）計画書　□地図・写真 |

**特別給付サービス利用届出書**