

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 | | <input type="radio"/> | 施設入浴サービス | | | | | | <input type="radio"/> | 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 | | | | | | | フリガナ 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 | |
| <p>あて先 横須賀市長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>法人名</p> <p>事業者名</p> <p>住所</p> <p>申請者 代表者職名</p> <p>氏名（代表者）</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> | | | | | | | | | | | |

指定搬送サービス事業所の登録に係る記載事項

| | | | | | | |
|-----------|-------------------------|---------------|-----------|----|-----|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 連絡先 | TEL | | | FAX | |
| 管理者 | フリガナ | | | 住所 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 搬送職員との兼務の有無 | | (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 | | | | |
| サービス提供責任者 | フリガナ | | | 住所 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | | | 住所 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | 搬送職員 | | | | | |
| | 専従 | 兼務 | | | | |
| | 人 | 人 | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | |
| | 利用料 | | | | | |
| | その他費用 | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | |

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

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 | フリガナ | | | | | |
| | 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 | | |
| 主な揭示事項 | 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 | |
|------|--|

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。

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 | |
| | | |

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 | | | | | | | | | |
| <p>あて先 横須賀市長</p> <p>上記のとおり、代理受領について届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>法人名</p> <p>事業者名</p> <p>事業者住所</p> <p>氏名</p> <p>(名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> | | | | | | | | | |

※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。

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

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 | | | | | | | |
| <p>あて先 横須賀市長</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>事 業 者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(名称及び代表者名)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</p> | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | |
| <p>あて先 横須賀市長</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">事 業 者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> | | | | | | | | | |

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 | |

サービス利用者一覧表

事業所名 _____

| | 届出書 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 事務 処理欄 | | 届出書 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 事務 処理欄 |
|----|-----|--------|--------|-----------|----|-----|--------|--------|-----------|
| 1 | | | | | 26 | | | | |
| 2 | | | | | 27 | | | | |
| 3 | | | | | 28 | | | | |
| 4 | | | | | 29 | | | | |
| 5 | | | | | 30 | | | | |
| 6 | | | | | 31 | | | | |
| 7 | | | | | 32 | | | | |
| 8 | | | | | 33 | | | | |
| 9 | | | | | 34 | | | | |
| 10 | | | | | 35 | | | | |
| 11 | | | | | 36 | | | | |
| 12 | | | | | 37 | | | | |
| 13 | | | | | 38 | | | | |
| 14 | | | | | 39 | | | | |
| 15 | | | | | 40 | | | | |
| 16 | | | | | 41 | | | | |
| 17 | | | | | 42 | | | | |
| 18 | | | | | 43 | | | | |
| 19 | | | | | 44 | | | | |
| 20 | | | | | 45 | | | | |
| 21 | | | | | 46 | | | | |
| 22 | | | | | 47 | | | | |
| 23 | | | | | 48 | | | | |
| 24 | | | | | 49 | | | | |
| 25 | | | | | 50 | | | | |

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) | ¥ | | | | | |
| <p>あて先 横須賀市長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申 請 者</p> <p>(兼受領委任者) 氏 名</p> <p>電話番号</p> | | | | | | |
| 受取人の 住 所 事業者名 代表者名 | <住 所> | | 事業者番号 | | | |
| | <事業者名> | | | | | |
| | <代表者氏名> | | 電話番号 | | | |

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| 必要書類 確認欄 | <input type="checkbox"/> 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 | 未納保険料 有・無 | |
| 2. 支払方法の変更 | 滞納保険料 | |
| 3. 給付額減額 | 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 |

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 |

特別給付サービス利用届出書

※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 | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| | | | | | | | | | |
| <p>横須賀市長様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>施設入浴サービス事業者：</p> | | | | | | | | | |

| | |
|---------|------------------------------------|
| 事務処理確認欄 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 |
|---------|------------------------------------|

搬送サービス

特別給付サービス利用届出書

| |
|-------|
| 区 分 |
| 新規・変更 |

※太枠の中を記入してください

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------|--|--|---------------|---|------|--|
| 被保険者氏名 | | | | | 被保険者住所 | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/> 4000 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 6000 | | <input type="checkbox"/> 階段及び急坂（およそ 段） <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 該当する ↳ <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 搬送サービスのみ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス・デイリハ <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス（介護予防サービス）計画書 <input type="checkbox"/> 地図・写真 |
|---------|---|