|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事前相談者  （法人） | 法人名称 |  | |
| 法人所在地 |  | |
| 法人代表者名 |  | |
| 担当者 | 氏　名 |  | |
| 連絡先電話番号 |  | |
|  |  |  | |
| 事業所開設地住所 |  | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 開設予定年月日 |  | | |
| * 事前相談に必要な書類（近隣の住宅地図、土地および建物の図面等）については、各市町村介護保険担当課にご確認ください。   （ただし、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所の同時新規申請の場合に限る。） | | | |
| 以下は、各市町村介護保険担当課記載欄です。 | | | |
| （確認日）　　　　年　　月　　日 | | | 承認印【新規申請可能な場合に押印】 |
|  |
| 市町村 | | |
|  | | |
| 担当課および担当者名 | | |
|  | | |
| 意見聴取（予定）日　　　　年　　月　　日 | | | |

**令和　　年　月　　日**

**介護予防支援指定事前確認申請書**

**【事業者調書】**

１．法人の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の理念 | （法人の基本理念、経営理念について） |
| 法人の強み |  |
| 法人の沿革 |  |
| 運営事業 | （事業所名称、サービス種別（事業開始日）等記入） |

２．介護予防支援を実施するにあたって被保険者の自立支援に対する考え方

|  |
| --- |
|  |

３．指定を受けようとする事業所の現在の運営状況について

（１）従業者数について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 主任介護支援専門員 | 介護支援専門員 | その他 |
| 従業者数 | 名 | 名 | 名 |

（２）担当被保険者の保険者市町村別内訳について（実績がない場合は不要）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 河内長野市 | | 〇市（町村） | | 〇市（町村） | | 〇市（町村） | |
| 被保険者数 | 件 | | 件 | | 件 | | 件 | |
| 介護・支援の別 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 |
| 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |