**【介護予防支援】**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**新規指定申請に係る提出書類一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業所・施設の名称 |  |
| 申請事務の担当者名・連絡先 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提　出　書　類 | 様式 | 備考 | 申請者  確認欄 | 伊達市  確認欄 |
| 指定申請書 | 様式第１号 |  | □ | □ |
| 付表 | 付表第二号（十二） |  | □ | □ |
| 申請者の登記事項証明書又は条例等 |  | 直近３ケ月以内の原本 | □ | □ |
| 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 標準様式１ |  | □ | □ |
| 従業者の資格を証する書類 |  |  | □ | □ |
| 介護支援専門員一覧 | 標準様式７ |  | □ | □ |
| 事業所の平面図 | 標準様式３ |  | □ | □ |
| 運営規程 |  |  | □ | □ |
| 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 標準様式５ |  | □ | □ |
| 誓約書 | 標準様式６ |  | □ | □ |
| 役員及び管理者の氏名、生年月日及び住所等 | 参考様式 |  | □ | □ |

※１「受付番号」欄は、記入しないでください。