様式第４号の３（第５条の２関係）

共生型居宅サービス事業者等の特例に係る申出書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）

枚方市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申出者（申請者） | 主たる事務所の所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者の職・氏名 |  |
| （法人以外の者にあっては、住所及び氏名） |

今回の介護保険法に規定する事業者等に係る指定申請に際して、介護保険法等に規定する共生型居宅サービス事業者等の特例について、次のとおり申し出ます。

**１．共生型居宅サービス事業者等の特例による指定について**（次のいずれかを選択してください）

　　　□　特例による指定を受ける

（→該当の障害福祉サービス事業者等の有効な指定期間が記載された指定書等の写しを添付してください。また、提出書類の一部を省略する場合は、「（参考様式9-1）届出内容と変更がない旨の誓約書（共生型サービス）」を添付してください。）

　　　□　特例による指定を受けない

　　　　（→次の２．の各欄を記載してください）

**２．共生型居宅サービス事業者等の特例による指定を不要とする申出について**

（上記１．で「特例による指定を受けない」とした場合のみ記載してください）

|  |
| --- |
| 介護保険法第72条の２第１項、第78条の２の２第１項、第115条の２の２第１項、第115条の12の２第１項、枚方市指定予防訪問事業者の指定並びに指定予防訪問事業の人員、設備及び運営並びに指定予防訪問事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則第44条又は枚方市指定予防通所事業者の指定並びに指定予防通所事業の人員、設備及び運営並びに指定予防通所事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則第23条に規定する特例による指定を不要とする旨を申し出ます。 |
| 事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 管　理　者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 申出に係る居宅　サービス等の種類※特例による指定が不要なサービスに○を付けてください | １ | 訪問介護 | ５ | 介護予防短期入所生活介護 |
| ２ | 通所介護 | ６ | 予防訪問事業 |
| ３ | 地域密着型通所介護 | ７ | 予防通所事業 |
| ４ | 短期入所生活介護 |  |  |