

施設等新設届・申出書

(約款様式第1号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

この下部の備考欄に、この届書の1部を、共同立済契約者(法人)を人控とせず、医師の手元にて提出してください。

次のとおり施設・事業について

施設区分	1	社会福祉施設等として新設しました。
	2	特定介護保険施設等として申し出ます。
	3	申出施設等として申し出ます。

↑ 該当する届出区分に○をしてください。

4	共済契約者番号	9	共済契約者	氏名又は名称	Ⓡ			
共済契約者番号がわからない際は掛金納付対象職員届で確認してください。				主たる事務所の所在地	郵便番号	-		
				事務担当者氏名	連絡先(電話番号)			

343	新設・申出年月日	348	・社会福祉施設等の場合は、新設年月日又は、経営移管年月日とします。 ・特定介護保険施設等又は申出施設等の場合は、施設・事業の許可、届出年月日以降の日を申出日とします。						
10	施設番号	12	70	名 称	139	種 類	13	種類コード	16

上記「種類」が、**軽費老人ホームの場合のみ**、以下の内容を確認の上、**□内にチェックを記入してください。**
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。(施設区分「1. 社会福祉施設等」となります。)
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。(施設区分「2. 特定介護保険施設等」となります。)

所在地								県外コード	
郵便番号 140 - 146									

227	入所定員(利用定員)	職員配置基準数	職員総数	被共済職員数	被共済職員の内訳					加入できない職員			
	327	331	332	336	337	341	新規採用	配置換職員	契約対象外施設から復帰	継続異動	合算申出	雇用期間1年未満	労働時間2/3未満
		人		人		人		人		人		人	
※申込施設が「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」に該当する場合は右記にもご記入ください		給与支払遅延の有無		当該施設等が共済契約を締結していたことの有無		※申込施設が下記①に該当する場合、右記にもご記入ください		特定職員数 349 353 人		※申込施設が下記②に該当する場合、右記にもご記入ください		措置入所障害児関係業務従事職員数 人	
		有・無		有・無		有の場合解除年月日 年 月 日							

【記入上の留意点】

*① 今般申込施設が左欄の事業であって、左欄の事業と右欄(特定社会福祉事業)を併設し、右欄の事業割合が1/3以上2/3未満であるとき、特定職員数を算出し、ご記入ください。(算出方法については別添をご参照ください)

左欄	(児童関係) 障害児通所支援事業 (高齢者関係) 老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 (障害者関係) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援
----	--

右欄	児童自立生活援助事業 小規模住居児童養育事業 小規模保育事業 認定生活困窮者就労訓練事業
----	---

*② 障害児入所施設であって、かつ児童福祉法第27条第1項の規定により同項第3号の措置がとられている児童に係る業務に従事することを要する者にかかる部分(措置入所障害児関係業務従事職員数)は公費助成の対象となります。「措置入所障害児関係業務従事職員数」を記入してください。(※「措置入所障害児関係業務従事職員数」の求め方については留意事項を参照してください。)

【添付書類】

- 職員名簿(別紙)
- 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - 「許認可書」(写)又は「指定通知書」(写)
 - 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
 - その他、業務委託契約書等
 - 上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書
 - 法令により許認可・届出の必要がない場合は、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - 「法人の定款」(写)
 - 「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

【確認事項】

- ア. 施設・事業の名称
 イ. 所在地
 ウ. 施設・事業の種類
 エ. 入所(利用)定員
 オ. 開始年月日
 カ. 許認可、届出年月日
 ※申出施設については、「ウ」「エ」「カ」は不要です

カードNO.	
1	3

