**福山市介護予防・生活支援サービス事業 訪問型サービス（短期集中予防サービス）実施業務**

**応募申請書**

年（令和　年）　　月　　日

福山市長　様

所在地（住所）

商号又は名称

代表者名

見出しの事業を実施する法人等として，関係書類を添えて応募します。

応募申請書及び添付書類の内容については，事実と相違ありません。

**１　添付書類**

本申請書に添付する資料は次のとおりとする。

|  |  |
| --- | --- |
| **確認欄（市）** | **資　料** |
|  | 応募申請書（本書） |
|  | 誓約書（様式第２号） |
|  | 商業登記簿謄本（写し可）又は介護保険事業所指定通知書（写し可） |
|  | 印鑑証明書（写し可） |
|  | 市税の完納証明書（写し可） |
|  | 納税証明書（写し可） |
|  | 電子データの保存等に関する申出書（様式第３号） |
|  | 従事する職員の資格証明証（写し可） |

**２　応募区域**（応募する区域に○をしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区域 | 対象学区（地区） | 応募区域 |
| 中央１ | 東・南・手城・深津・旭・千田・桜丘・西深津 |  |
| 中央２ | 西・霞・樹徳・光・久松台・明王台 |  |
| 中央３ | 川口・箕島・曙・多治米・新涯・川口東 |  |
| 中央４ | 泉・津之郷・赤坂・瀬戸・熊野・山手 |  |
| 東部 | 引野・蔵王・大津野・坪生・春日・伊勢丘・緑丘・旭丘・長浜・野々浜・幕山・日吉台・大谷台 |  |
| 南部１ | 水呑・高島・鞆の浦学園（走島を含む） |  |
| 南部２ | 想青学園・山南 |  |
| 西部 | 神村・本郷・遺芳丘・松永・柳津・金江・藤江 |  |
| 北部１ | 宜山・駅家・駅家西・駅家北 |  |
| 北部２ | 有磨・福相・常金丸・網引・新市・戸手 |  |
| 北部３ | 御幸・加茂・神辺・竹尋・御野・湯田・中条・道上（山野町を含む） |  |

※応募する日常生活圏域に追加して，受託が可能な学区，応相談が可能な学区あれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**３　実施事業所及び実施予定等**　　　\*記載した内容はホームページ等で公開します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*（１）実施事業所　※事業所の種類をチェックしてください。 | | |
| □指定介護予防訪問介護事業所  □指定介護予防訪問リハビリテーション事業所  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 〒　　　　－  住所：  事業所名：  代表者名：  担当者名：  電話：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： | | |
| \*（２）実施時間 | 曜日 | 営業時間　　時　　　分～　　時　　　分 |

**４　従事者**

（１）従事者の名前及び資格の種類を記入すること。

（２）事業全体の責任者には〇を記入すること。（プログラム担当者との重複可）

（３）全員の資格証明証の写しを添付すること。

（４）記入する行が不足する場合は，追加すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 責任者〇 | 名前 | 資格の種類 |
|  |  | □保健師　　　□看護師　　　□歯科衛生士  □管理栄養士　□理学療法士　□作業療法士  □柔道整復師 |
|  |  | □保健師　　　□看護師　　　□歯科衛生士  □管理栄養士　□理学療法士　□作業療法士  □柔道整復師 |
|  |  | □保健師　　　□看護師　　　□歯科衛生士  □管理栄養士　□理学療法士　□作業療法士  □柔道整復師 |
|  |  | □保健師　　　□看護師　　　□歯科衛生士  □管理栄養士　□理学療法士　□作業療法士  □柔道整復師 |
|  |  | □保健師　　　□看護師　　　□歯科衛生士  □管理栄養士　□理学療法士　□作業療法士  □柔道整復師 |

**５　その他従事者**

（１）その他，従事者としてプログラムに関わる従事者の名前及び資格の種類を記入すること。

（２）資格を持たない者の場合は，主な職歴を記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 資格の種類 | 主な職歴等 | |
| 年　月～　　年　月 | 職務内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |