

記入例

受付番号

書類作成日を記入

〇〇年〇月〇日

山形県知事 殿

申請者 所在地 山形県山形市松波〇丁目〇番〇号

同 名称 株式会社〇〇〇

代表者 職 氏名 代表取締役 山形太郎 ※押印不要

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|-----------|
| | | 事業所所在地市町村番号 | | |
| 申請者 | フリガナ | カブシキガイシャ〇〇〇 | | |
| | 名称 | 株式会社〇〇〇 | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 990-〇〇〇〇) 都 道 〇 市 区 山形 府 〇 山形 町 村 松波×丁目×番×号 (ビルの名称等) | | |
| | 電話番号/FAX 番号 | 023-630-〇〇〇〇 / 023-630-●●●● | 個人・法人の種類別 | 株式会社 |
| | 代表者の氏名・フリガナ | ヤマガタ タロウ | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 |
| 職名・生年月日 | 氏名 山形 太郎 | 職名 | 代表取締役 | |
| 喀痰吸引等 特定行為 を 実施 する 事業 所 | フリガナ | ハウモンカイゴジギョウシヨ〇〇〇〇 | フリガナ | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 |
| | 事業所の名称 | 訪問介護事業所〇〇〇〇 | 事業所の代表者名 | 〇〇 〇〇 |
| | 事業所等の所在地 | (郵便番号 990-〇〇〇〇) 山形県 山形 郡 〇 市 松波×丁目×番×号 (ビルの名称等) | | |
| | 介護保険サービスの種類 | 訪問介護 | | |
| | 電話番号/FAX 番号 | 023-630-〇〇〇〇 / 023-630-●●●● | | |
| | メールアドレス (PC) | aaaaaaaa@.....jp | | |
| | 実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為 | | 事業開始予定年月日 | |
| | <input checked="" type="radio"/> | 1. 口腔内の喀痰吸引 ※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 令和〇年〇月〇日 年 月 日 | |
| | <input checked="" type="radio"/> | 2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 令和〇年〇月〇日 年 月 日 | |
| | <input checked="" type="radio"/> | 3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 令和〇年〇月〇日 年 月 日 | |
| | | 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を除く） | 年 月 日 | |
| | <input checked="" type="radio"/> | ※2 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を含む） ※3 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く） | 令和〇年〇月〇日 年 月 日 | |
| | | 5. 経鼻経管栄養 | 年 月 日 | |
| 介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名 | | | (様式1-2) | |
| (山形県収入証紙 (4,200 円) 貼付欄) ※ 消印はしないこと | | | 従事者の認定証交付申請と一致させてください。(実地研修まで修了した行為のみ登録可能です。 ※利用者が人工呼吸器装着者の場合は、 「※〇〇〇 (人工呼吸器装着者) の欄に〇を付けてください。 | |
| 山形県収入証紙 4,200 円分 | | | | |

たんの吸引等を必要とする利用者（認定証に記載の対象者）が利用しているサービスを記載してください。同一利用者が、訪問介護及び重度訪問介護を両方利用している場合は、「訪問介護・重度訪問介護」と記載してください。（事業所の名称も「〇〇・▲▲」とわかるように記載してください）
※別の利用者が異なるサービスをそれぞれ利用している場合は、事業所ごとの申請が必要です。

研修修了後、実際に利用者にとんの吸引等を実施する予定の年月日を記載してください。（ただし、原則申請から1ヶ月を経過した以降の日付としてください。なお、特別な事情がある場合は、ご相談ください。）

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
 - 3 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為毎に「○」を記載してください。
 - 4 「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。
 - 5 下記の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

1 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（以下「省令」という。）第26条の2第1項関係）

コピー不可

(2) 申請者が個人である場合

住民票の写し（省令第26条の2第2項関係）

コピー不可

2 社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）第48条の4各号に該当しないことを誓約する書面（様式1-3）（省令第26条の2第3項関係）

3 法第48条の5第1項各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（様式1-4）（省令第26条の2第4項関係）

4 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証の写し、認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証の写し、また看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証の写し