

様式第2号（第5条関係）

申請事業所一覧表

記入例										申請者（法人名）	社会福祉法人 たつの	
NO	別表の種類 (介護、障害、その他)	事業所等名称	事業所番号	サービス名称	所在地	区分	定員	区分1	区分2及び区分3			事業所別 交付申請額
								9,000円に定 員数を乗じ た額	①（1事業 所あたり 40,000 円）	②（2,000 円に定員 数を乗じ た額）	①+② (単位： 円)	
1	介護	たつの介護老人保健施設	1234567890	介護老人保健施設	たつの市龍野町富永1005-1	1	25	225,000				225,000
2	介護	龍野デイサービスセンター	2345678901	通所介護	たつの市龍野町富永1005-1	2	25		40,000	50,000	90,000	90,000
3	介護	龍野小規模多機能	3456789012	小規模多機能型居宅介護	たつの市龍野町富永1005-1	2	29		40,000	58,000	98,000	98,000
4	介護	龍野居宅介護支援事業所	4567890123	居宅介護支援	たつの市龍野町富永1005-1	3			40,000		40,000	40,000
5	介護	サービス付き高齢者向け住宅龍野	9999999999	サービス付き高齢者向け住宅	たつの市龍野町富永1005-1	1	50	450,000				450,000
※色付きセルの箇所のみ入力してください。								交付申請額（法人合計）			903,000	

※介護区分の事業所は、介護保険事業者番号を1事業所とみなします。ただし、介護老人福祉施設と同一の施設で行われる短期入所者生活介護並びに介護老人保健施設と同一の施設で行われる短期入所療養介護は、当該施設に含みます。通所介護又は地域密着型通所介護と同一の事業所で行われる通所型サービスは、通所介護又は地域密着型通所介護に含みます。

※介護区分2の定員は、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護は登録定員とし、その他は利用定員とします。

※障害区分2の多機能事業所の定員は、両方のサービスを合わせた定員とします。

※障害区分3においては、同一事業所で複数のサービスを提供している場合は、1事業所とみなします。

※共生型サービスについては、主なサービスで申請してください。

※申請者（法人）名は、様式第1号の法人名と一致させてください。

※種類及びサービス名称は、プルダウンリストから選択してください。

※事業所等名称は、正しく記載してください。

※事業所番号は、申請を行う事業所等の介護保険事業所番号又は障害福祉サービス等事業所番号を10桁で正確に記載してください。なお、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については、便宜上、「9999999999」と記載してください。