（様式１－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の

所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

登録喀痰吸引等事業者（登録喀痰吸引等事業者）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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町番号 | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | | | |
| 事業所  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　兵庫県 | | | | | | | | |
| （Email） | | | | | | | | |
| サービス名 |  | | | | 事業者番号 | | ２８ | |
| 電話番号 |  | | | | 個人・法人の種別 | |  | | |
| 代表者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　 年　　　月　　　日 | | | |
| 氏　　名 | |  | | 職　　名 |  | | | |
| 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 | | | | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ※１ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ※１ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ※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　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ※１ 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　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | | | 令和　　　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） | | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在地市町番号」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」株式会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。

　　　　学校においては、「小学校」「中学校」「特別支援学校」等の別を記載してください。

３　サービス名、事業者番号欄は、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法に基づくサービスの名称及び事業者番号を記入してください。

　　４　「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為ごとに「○」を記載してください。

　　５　「事業開始予定年月日」欄は該当する行為ごとに事業の開始予定年月日を記載してください。

　　６　 以下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

国公立の施設・事業所・学校については、添付不要

登記事項証明書（省令第26条の２第１項関係）

（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）

２　社会福祉士及び介護福祉士法第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号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　業務従事者の資格を証する書類

1. 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

※厚生省令第49号第24条の2第4号に基づく喀痰吸引等行為が記載されたもの

（２）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

（３）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

５　返信用封筒（登録特定行為事業者通知書送付用　※住所、事業所名を記載し、必要分の切手を貼付）