**介護予防支援の指定申請に係る申告書**

**(※既存の居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定申請を行う場合に使用)**

以下の事項について相違ありません。

法人の所在地：

法人の名称：

代表者の職・氏名：

**現在の居宅介護支援事業所の届出内容を十分確認した上、記入してください。**

　　以下の①及び②の該当する□にチェックを入れるか、■として　ください。

|  |
| --- |
| 居宅介護支援の指定基準（※）を満たしていない場合は介護予防支援の指定を受けることはできません。 |

　①　管理者は主任介護支援専門員である。　　　は　い□　　・いいえ□

　②　事業所に勤務する介護支援専門員は、

既に指定を受けている居宅介護支援事業所の届出内容と同じである。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は　い□　　・いいえ□

|  |
| --- |
| 　※上記の指定基準とは次のことを言います。「西宮市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」に定める、人員基準、設備基準を満たしていることを言います。 |

以上