（様式第１号）

ＫＯＢＥみまもりヘルパー事業者登録申請書

神戸市長　宛 年　　月　　日

ＫＯＢＥみまもりヘルパー事業を受託するため、下記のとおり、関係書類を添えて登録事業者としての申請を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 代表者の職・氏名 |  |
| 介護保険事業所番号※実施する事業所の番号をすべてご記入ください |  |
| 実施する事業所数※事業所ごとに別紙に記載のうえ、添付してください。 | か所 |

※ 代表者印を必ず押印してください。

ＫＯＢＥみまもりヘルパー事業に関する問い合わせ先

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地等 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　）　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　）　　　－ |
| Ｅメールアドレス |  |
| 担当者名 |  |
| KOBEみまもりヘルパー派遣可能地域（事業の実施地域） |  |
| 事業に従事する職員数(事務職員等を除く) | 人 |
| うち　常勤　　　　　　人（内訳）介護福祉士　　　　　　　　　 人介護職員初任者研修修了者　　　　　人生活援助従事者研修課程修了者　　　人介護職員基礎研修修了者　　　　　　人訪問介護員養成研修修了者　　　　　人ホームヘルパー養成研修修了者　　　人その他の研修等修了者　　　　　　　人非常勤　　　　　人介護福祉士　　　　　　　　　 人介護職員初任者研修修了者　　　　　人生活援助従事者研修課程修了者　　　人介護職員基礎研修修了者　　　　　　人訪問介護員養成研修修了者　　　　　人ホームヘルパー養成研修修了者　　　人その他の研修等修了者　　　　　　　人 |

**ＫＯＢＥみまもりヘルパー事業者登録申請書　記載要領**

この事業の契約は、本市と法人が契約を締結することとしておりますので、複数の事業所で実施する場合は、法人（本社）が一括して申請を行ってください。

**（１）KOBEみまもりヘルパー派遣可能地域**

客観的にみて、その地域が特定されるように記載してください。

例：〇〇区及び〇〇区全域，〇〇区のうち〇〇町・〇〇〇町を除く区域，〇〇区のうち〇〇川以西の区域

**（２）事業に従事する職員数**

事業に従事する職員数及び資格取得者数を記載してください。

（事務職員等，訪問に直接携わらない職員を除きます。）