

# 施設等新設届・申出書

(約款様式第1号)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

以下の施設・事業について

施設区分	1	社会福祉施設等として新設したので届け出ます。
	2	特定介護保険施設等として申し出ます。
	3	申出施設等として申し出ます。

該当する届出区分に○をつけてください。

4	共済契約者番号	9	共済契約者	氏名又は名称	①			
掛金納付対象職員届で確認してください。				主たる事務所の所在地	郵便番号	-		
				事務担当者氏名	連絡先	電話		

1 2 3 社会福祉施設等	新設・申出年月日		343		348								
	10	施設番号	12	70	名称			139	種類	13	種類コード	16	
	所在地											17	18
	郵便番号											140	-
給与支払遅延の有無		*③		入所(利用)定員	職員配置基準数	職員総数	被共済職員数	加入できない職員数		当該施設等が共済契約を締結していたことの有無			
有・無		*③		327	331	332	336	337	341	雇用期間1年未満	労働時間2/3未満	有(解除した日 年 月 日)・無	
被共済職員		(1)新規採用者(加入)		人		(2)配置換職員		人					
		(3)共済契約者対象外施設からの復帰職員		人		(4)継続異動職員		人					
		(5)合算申出職員		人									
		*①~⑤の職員について別紙(職員名簿)を記入し、併せて提出してください。				合計		人					

- \*① 軽費老人ホームの場合、以下の内容を確認の上、□内にチェックを記入してください。  
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。  
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。
- \*② 老人福祉法第14条の規定による届出がなされた老人居宅生活支援事業のうち、老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業又は認知症対応型老人共同生活援助事業のいずれかと、特定社会福祉事業のいずれかを同一事業所で提供しており、当該特定社会福祉事業割合が3分の1以上3分の2未満である事業所については、下記に特定職員数を記入してください。

349	特定職員数	353
人		

\*③ 社会福祉施設等の場合は、記入する必要がありません。

## <添付書類>

- 職員名簿(別紙)
- 右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類
  - 「許認可書」(写)又は「指定通知書」(写)
  - 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
  - その他、業務委託契約書等

確認事項		
ア.施設・事業の名称	イ.所在地	ウ.施設・事業の種類
エ.入所(利用)定員	オ.開始年月日	カ.許認可、届出年月日
※申出施設については、「ウ」、「エ」、「カ」は不要		

上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)  
 ※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類
 

- 「法人の定款」(写)
- 「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

カードNo.
--------

◎コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。  
 ◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。  
 ◎下部記載の**添付書類**を必ず添付してください。

