（様式第9号）

施設等新設届・申出書

令和　　年　　月　　日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会会長　様

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。

↑
該当する施設区分の番号に〇をつけてください。

法人番号						

共済契約者				
氏名又は名称				㊞
主たる事業所の所在地	〒　　―			
事務担当者氏名		連絡先	電話	

新設・申出年月日
年　　月　　日

・社会福祉施設等の場合は、新設年月日又は、経営移管年月日とします。
・特定介護保険施設等又は申出施設等の場合は、静岡県社会福祉事業共済会が受け付けた日(施設・事業の認可、届出年月日以降の日)を申出日とします。

施設番号			名称	種類
				※①②
所在地				給与支払い遅滞の有無
〒　　―				※③ 有・無

入所(利用)定員	人	加入できない職員数	人	当該施設等が共済契約を締結していたことの有無
職員配置基準数	人	(雇用期間1年未満	人)	※③
職員総数	人	(労働時間2/3未満	人)	有(解除した日　年　月　日)・無
被共済職員数	人			

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		
		合計	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。

※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条の規程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会議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。

特定職員数
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）、届出（申出）者が当該事業を経営していることを証明する書類を必ず添付してください。