

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**※特定の場合、手数料不要**

**（様式１－１）**

**提出先：障がい福祉室　生活基盤推進課　指定・指導グループ**

大 阪 府 知 事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

主たる事業所の

所 在 地

申 請 者

代 表 者 名

**登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）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（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第２７条に定める特定行為業務）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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | |  |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　）  　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　市　区  　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　町　村 | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | |
| 電 話 番 号 |  | | | | | |
| 代表者の  氏名・職名・  生年月日 | フリガナ |  | 生年月日 | | 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 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | 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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

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

　　３　「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　４　 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及び登記事項証明書（省令第２６条の２第１項第１号関係）

（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１項第２号関係）

２　【様式１－３】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

（省令第２６条の２第１項第３号関係）

３　【様式１－４】登録喀痰吸引等事業者登録適合書類（省令第２６条の２第１項第４号関係）

４　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、介護福祉士であれば登録証、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　コンビニ納付により手数料の納付手続きを行った場合は「大阪府手数料納付済証」