

第1号様式

書類を作成した日付を
記入して下さい。

年 月 日

東京都知事殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1
申請者（法人名） 都介護サービス株式会社
代表者名 代表取締役 東京 太郎

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書

正式名称を記載してください。
（登録通知書に記載されます）

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
る福祉士法附則第20条に定める特
別書類を添えて申請します。

東京都福祉保健財団に申請を行うのは、介護
保険法の指定を受けている事業所です。障害
者総合支援法の指定を受けている場合は、東
京都福祉保健局障害者施策推進部への申請に
なります。

喀痰吸引事業者	フリガナ	ミヤコ介護サービスツウショカイジギョウ		
	事業所名称	都介護サービス 通所介護事業所		
	事業種別	(介護保険法) 通所介護 (総合支援法)	事業所番号	(介護保険法) 1300000000 (総合支援法)
	事業所所在地	(郵便番号 0000-0000) 東京都00区007-8-9 (ビルの名称等)		
	電話番号	03-0000-0000	個人・法人の種別	株式会社
	代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏名	トキヨウ タロウ 東京 太郎	生年月日 職名
○印を 記入↓	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			(第1号様式-1)	

実際に当該事業所で実施する行
為※にのみ、○を付けて下さい。
※従事者認定を受けている行為
である必要があります。

記入しないでください。
事業開始が可能である年月日を、
後日、財団より連絡いたします。

- 備考1 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有
限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 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
- 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
- 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）

- 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項関係）
(2) 申請者が個人である場合
住民票の写し ※マイナンバーの記載がないもの。（省令第26条の2第2項関係）
- 第1号様式-2 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3項関係）
- 第1号様式-3 法第48条の5第1号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令第26条の2第4項関係）
- 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証、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、また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