様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所

年　　月　　日

（あて先）橋本市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、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 | | | | | | | |  |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | | |  | | | | |
| 代表者の  職名・氏名・  生年月日 | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | |  | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 事業開始予定年月日 | | | | | | | | | |  | | | |
| 同一所在地において既に  指定を受けている事業 | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  | 指定を受けている保険者名 | | | | |  |
| 事業の種類 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | | | |  |
| 医療機関コード等 | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２「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」等の別を記載してください。

３「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

５　既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の職名、氏名、生年月日及び住所」「当該申請に係る事業開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。