

別記様式第1号(第3条関係)

指定地域密着型サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定介護予防支援事業所

指 定 申 請 書

年 月 日

竜 王 町 長

住所
申請者 (所在地)
氏名
(代表者の職名・氏名)

印

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。

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		Email				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名		生年 月 日
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					

指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類		指定申請 対象事業 (該当事業に○)	既に指定を 受けている 事業 (該当事業に○)	指定申請をする事 業の開始予定年月 日	様 式
	地域密着型 サービス	夜間対応型訪問介護				付表1
		認知症対応型通所介護				付表2
		小規模多機能型居宅介護				付表3
		認知症対応型共同生活介護				付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表7
		複合型サービス				付表8
		地域密着型通所介護				付表9
	地域密着型 介護予防 サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3
		介護予防認知症対応型共同生活介護				付表4
	居宅介護支援					付表10
介護予防支援					付表11	

介護保険事業者番号										(既に指定または許可を受けている場合)
医療機関コード等										(保険医療機関として指定を受けている場合)

備考
1 「指定申請対象事業」および「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設また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、そのすべてを記載してください。
3 既に地域密着型サービス事業所の指定をうけている事業者が、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、「事業所の名称および所在地」「申請者の名称および主たる事務所の所在地ならびにその代表者の氏名、生年月日、住所および職名」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「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および登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。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に届出を省略できます。