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

年　　月　　日

　神流町長　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | 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 | | (〒　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | (〒　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所の所在地 | | | (〒　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | 指定申請する事業の事業開始予定年月日 | | | | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 地域密着型サービス | | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 小規模多機能型住宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 地域密着型特定施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 介護予防小規模多機能型住宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | | (既に指定を受けている場合) | | | | | | | |
| 指定を受けようとしている市町村名 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | | | | |

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下さい。

　　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」等の別を記入して下さい。

　　3　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務管庁の名称を記載して下さい。

　　4　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入して下さい。

　　5　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載して下さい。

　　6　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載して下さい。

　　7　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」欄に記載して下さい。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下さい。

　　8　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氏名・生年月日・住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名・生年月日及び住所」「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、申請者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。