

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
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・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。

		法人番号																				
申 請 者	フリガナ																					
	名 称																					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)		都 道		市 区		府 県		町 村											
	連絡先		電話番号	(内線)		FAX番号																
			Email																			
	法人等の種類																					
申 請 者	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 -)		都 道		市 区		府 県		町 村											
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>																		<input type="checkbox"/>				
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		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	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						付表第二号(二)														
		認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)														
		小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)														
		認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)														
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表第二号(八)														
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表第二号(九)														
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表第二号(一)														
		複合型サービス						付表第二号(十)														
	地域密着型通所介護		<input type="checkbox"/>				付表第二号(三)															
居宅介護支援事業						付表第二号(十一)																
介護予防支援事業						付表第二号(十二)																
サ ー ビ ス 防 着 型	介護予防認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)															
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)															
	介護予防認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)															
介護保険事業所番号		(既に指定又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)																				