

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																				
	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 ☒												☐									
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 ☒	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										☐				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)						
	介護予防サービス	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)											