

第1号様式

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

指定申請書

年 月 日

平群町長 殿 (名称)  
 申請者 (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
	居宅介護支援					付表10	
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	
介護保険事業者番号		(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)					

\* 裏面に記載についての備考があります。