

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)

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	
	居宅介護支援事業						付表10	
サ ー ビ ス 防 止	地 域 密 着 型	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)				

\* 裏面に記載に関しての備考があります。

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「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または地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所または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予定年月日」「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」を除いて届出を省略できます。