様式第１号（第２条関係）

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

朝 霞 市 長　宛

所在地
申請者
名　称

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、次のとおり、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　　－　　）					
	連絡先	電話番号		FAX 番号			
		E-mail					
	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　　－　　）					

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の種類		指定申請対象事業（該当事業に〇）	既に指定を受けている事業（該当事業に〇）	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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表１
		夜間対応型訪問介護				付表２
		認知症対応型通所介護				付表３
		小規模多機能型居宅介護				付表４
		認知症対応型共同生活介護				付表５
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表６
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表７
		看護小規模多機能型居宅介護				付表８
		地域密着型通所介護				付表９
	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３
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表４
		介護予防認知症対応型共同生活介護				付表５
	居宅介護支援事業所					付表 10
	介護予防支援事業所					付表 11

介護保険事業所番号											（既に指定を受けている場合）
指定を受けている他市町村名											
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「指定申請する事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
３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」「当該申請に関する事項」「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。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。