

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																				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 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☑										☐											
		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)														
サ イ ジ ン グ サ ー ビ ス 防 着	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)																	