

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 指定申請書

年 月 日

可児市長 様

申請者 所在地
名称
代表者職氏名

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) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
		E m a i l				
	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) (ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ 事業所の名称					
	事業所の所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
	地域密着型サービス	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○)	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
		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
		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 2
		介護予防 小規模多機能型居宅介護				付表 3
	介護予防 看護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	
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
医療機関コード等	(保健医療機関として指定を受けている場合)					

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。