

(表)

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

(宛先)箕面市長

(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 -) | | | | |
| | 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 -) | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | | 認知症対応型通所介護 | | | | | |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | | | | | |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | |
| | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | |
| | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | |
| | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | |
| | | 複合型サービス | | | | | |
| | 地域密着型通所介護 | | | | | | |
| | 居宅介護支援事業 | | | | | | |
| サ ー ビ ス 防 着 型 | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | |
| | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | |
| 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) | | | | | |

* 裏面に記載に関する備考があります。

(裏)

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、その全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又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又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。