様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

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）　安曇野市長

申請者　名　称

代表者の職名・氏名

　　介護保険法に規定する指定地域密着型（介護予防）サービス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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | |  | |
| 申  請  者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の 所在地 | | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 生年月日 | | |
|  | | | | | | 氏名 | | | | | | | | |  | | |
| 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 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | 既に指定を受けている事業の 指定年月日 | | 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居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 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 |
| 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） | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |

　備考

１　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄は、記入しないでください。

２　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

３　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

４　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。

５　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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。