様式第1号(第2条関係)

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

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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  指定介護予防支援事業所 | 指定申請書 |

　国分寺市長殿

所在地

申請者

名称

　介護保険法第78条の2第1項(第115条の12第1項，第115条の22第1項)の規定により，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 | |  | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | |  | | |
| 代表者の氏名・職名及び生年月日 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 職名 | |  | | |
| 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 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 事業等開始予定年月日 | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 添付様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第2号 |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第4号 |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第7号 |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第9号 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第10号 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第11号 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第12号 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第14号 |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第15号の2 |
| 共生型地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第4号 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第7号 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第9号 |
| 介護予防支援 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | 様式第15号 |
| 地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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」の欄には，記入しないでください。

　2　「法人の種別」欄は，申請者が法人である場合に，「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

　3　「実施事業等」欄は，今回の申請に係る事業等の種類に応じ，該当する欄に○を記入してください。

　4　「実施事業等開始予定年月日」欄は，今回の申請に係る事業等の開始年月日を記入してください。

　5　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載してください。

　6　「介護保険事業所番号」欄は，既に指定を受けている場合に記入してください。

　7　「医療機関コード等」欄は，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されている場合に記入してください。

　8　地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において，既に市に提出している事項に変更がないときは，これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略できます。