|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付番号 |  |
| 指定居宅介護支援事業者  指定地域密着型サービス事業者  指定地域密着型介護予防サービス事業者 | 指定申請書 | | |

（申請先）標茶町長

年月日

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名

介護保険法第78条の２第１項（第79条・第115条の12第１項）の規定により、事業者（施設）に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | | |  | |
| 申請（開設）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 | | | | |  | | | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 個人（法人）番号 | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  |  |  | |
| 代表者の職・氏名  （開設者の氏名） | | | 職名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | |
| 代表（開設）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・施設の種類 | 事業所等の所在地 | | | （郵便番号-） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | 指定(許可)申請をする事業等  （事業開始予定年月日） | | | | | | | | | 既に指定(許可)を受けている事業等  （指定年月日） | | | | 備考 |
| 指定地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 指定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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | |
| 既に指定をけている事業所種類及び事業所名 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等コード | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | |

（裏面）

|  |
| --- |
| 【注意】  1　「受付番号」及び事業所所在地市町村番号」欄は、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」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。  3　「法人所轄庁」欄は、申請（開設）者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記入してください  4　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当欄に「○」を記入してください。  なお、今回の申請に係る指定があったものとみなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記入してください。  5　「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。  6　「既に指定を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定（許可）事業者として指定（許可）された年月日を記入してください。  7　「指定を受けている他市町村名」欄は、標茶町以外に指定を受けている市町村名を記入してください。  8　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等コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関等コード」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、そのすべてを記入してください。  9　当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。  備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。 |