

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

〔法人にあつては、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 | | | | | F A X 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 | | | | | | | | | | | |
| | 防着指定介護地域密着型サービス | 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 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。