別　記

第1号様式(第2条)

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

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

　　　習志野市長　宛て

所在地

申請者

名称

　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、次のとおり、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　　　―　　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| (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 | 　 |
| 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　　　―　　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| 　 |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| 　 |
| 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所者生活介護 | 　 | 　 | 　 | 付表6 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 　 | 　 | 　 | 付表7 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 　 | 　 | 　 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |