様式第１（第２条関係）

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

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

年　　月　　日

　　（宛先）津島市長

所在地

申請者　名　称

代表者職氏名

　地域密着型サービス事業者地域密着型介護予防サービス事業者 に係る指定を受けたいので、介護保険法 第78条の２第１項第115条の11第１項の規定により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　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 | | |  | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 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 | 事業所の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙１ |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙２ |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙３ |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙４ |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙５ |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙６ |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙７ |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙８ |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙２ |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙３ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | 別紙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 | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | |

注１　※の欄は、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」「社団法人」「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　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官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を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。

　５　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、事業の開始予定年月日を該当する欄に記載してください。

　６　「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該当する欄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、保健薬局、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、そのコードを記入してください。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正し、その全てを記入してください。

　８　既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、当該指定に係る事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除き、申請書への記入又は書類の添付を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。