様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定申請書

　　年　　月　　日

長　様

所在地

申請者

名称

□　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

□　指定介護予防支援事業者

の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。なお、本申請に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （建物の名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （建物の名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所又は施設等の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （建物の名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 の 種 類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | | 指定を受けようとする事業の開始予定年月日 | | | | | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | 添付  書類 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
|  | | 共生型地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  |
| 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 | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |