様式第１号（第２条関係）

記入例

（表）

履歴事項全部証明書に記載されている文言で、主たる事務所の所在地、名称、代表者の職名及び氏名を記載してください。

事業所がある所在地の

市町長名

例：岸和田市長

指定居宅サービス事業者等指定申請書

年　　月　　日

　　　　市長（町長）　様

申請者　主たる事務所の所在地　大阪府岸和田市野田町○丁目○番○号

名称　　　　　　　　　株式会社　○○○○○○

代表者の職名及び氏名　代表取締役　○○　○○

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり | 指定居宅サービス事業者 | の指定を受けたいので、介護保険法 |
| 指定居宅介護支援事業者 |
| 指定介護予防サービス事業者 |
| 第70条第１項 | の規定により、関係書類を添えて申請します。履歴事項全部証明書に記載されている文言で、法人の名称、所在地、代表者の職名、氏名及び住所を記載してください。 |
| 第79条第１項 |
| 第115条の２第１項 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  申請者 | フリガナ | 　　カブシキガイシャ　○○○○○ |
| 名称 | 　　株式会社　○○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号５９６－００７６）営利法人（株式会社等）は記入不要大阪府岸和田市野田町○丁目○番○号 |
| 申請者の連絡先 | 電話番号 | 072-000-0000 | FAX番号 | 072-000-0000 |
| 法人の種別 | 株式会社 | 法人の所轄庁 |  |
| 代表者の職名、氏名及び生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ | ○○　○○ |
| 氏名 | ○○　○○ |
| 生年月日 | 昭和○○年○○月○○日 |
| 代表者の住所 | （郵便番号５９７－○○○○）大阪府貝塚市○○町○丁目○号○号 |
| 電話番号 | 072-000-0000 | FAX番号 | 072-000-0000 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | ○○○○　カイゴサービス |
| 事業所の名称 | ○○○○　介護サービス |
| 事業所の所在地 | （郵便番号５９６―００７６）大阪府岸和田市野田町○丁目○番○号 |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 | 072-000-0000 | FAX番号 | 072-000-0000 |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業又は施設の種類 | 実施事業又は施設 | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | 既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日 | 添付する付表 |
| 指定居宅サービス | 訪問介護 |  |  |  | 付表１ |
|  | 共生型訪問介護 |  |  |  | 付表１ |
| 訪問入浴介護 |  |  |  | 付表２ |
| 訪問看護 |  |  |  | 付表３ |
| 訪問リハビリテーション |  |  |  | 付表４ |
| 居宅療養管理指導 |  |  |  | 付表５ |
| 通所介護 |  |  |  | 付表６ |
|  | 共生型通所介護 | ◎ | ××　×× |  | 付表６ |
| 通所リハビリテーション |  |  |  | 付表７ |
| 短期入所生活介護 |  |  |  | 付表８の１、付表８の２ |
|  | 共生型短期入所生活介護 |  |  |  | 付表８の１、付表８の２ |
| 短期入所療養介護 |  |  |  | 付表９ |
| 特定福祉用具販売 |  |  |  | 付表10 |
| 特定施設入居者生活介護 |  |  |  | 付表11 |
| 福祉用具貸与 |  |  |  | 付表12 |
| 指定居宅介護支援事業者 |  |  |  | 付表13 |
| 施設 | 介護老人福祉施設 |  |  |  |  |
| 介護老人保健施設 |  |  |  |  |
| 介護医療院 |  |  |  |  |
| 介護療養型医療施設 |
|  | 療養病床を有する病院・診療所 |  |  |  |  |
| 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 |  |  |  |  |
| 指定介護予防サービス | 介護予防訪問入浴介護 |  |  |  | 付表２ |
| 介護予防訪問看護 |  |  |  | 付表３ |
| 介護予防訪問リハビリテーション |  |  |  | 付表４ |
| 介護予防居宅療養管理指導 |  |  |  | 付表５ |
| 介護予防通所リハビリテーション |  |  |  | 付表７ |
| 介護予防短期入所生活介護 |  |  |  | 付表８の１、付表８の２ |
|  | 共生型介護予防短期入所生活介護 |  |  |  | 付表８の１、付表８の２ |
| 介護予防短期入所療養介護 |  |  |  | 付表９ |
| 特定介護予防福祉用具販売 |  |  |  | 付表10 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 |  |  |  | 付表11 |
| 介護予防福祉用具貸与 |  |  |  | 付表12 |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定又は開設許可を受けている場合） |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） |
| 備考　１　「法人の種別」の欄には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社、有限会社等の別を記入すること｡２　「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。営利法人（株式会社、有限会社等）の場合は記入不要です。３　「実施事業」の欄には、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する事業に「○」を記入してください。なお、複数のサービスを同時に申請する場合は、この申請書により申請するものについては該当する事業に「◎」を、別の申請書により申請するもの及び既に指定を受けているものについては該当する事業に「○」を記入してください。４　「指定申請をする事業の開始予定年月日」の欄には、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載すること。５　「既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日」の欄には、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定又は開設許可された年月日（介護保険法第71条又は第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第４条、第５条、第７条及び第８条の規定に基づき指定又は開設許可があったものとみなされたものについては、「平成12年４月１日」）を記載すること。６　「医療機関コード等」の欄には、保険医療機関、保険薬局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番されている場合には､そのコードを記載すること。７　当該法人の役員の一覧表を添付してください。役員とは、当該法人の取締役、執行役その他これらに類する者で当該法人の経営に従事しているものをいい、相談役、顧問その他これらに類する者で当該法人内における地位、その行う職務等からみて他の役員と同様に当該法人の経営に従事していると認められるものを含みます。 |