

別記様式第1号（第2条関係）

（表）

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

令和 年 月 日

浦幌町長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者

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、下記のとおり、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 - ) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別				法人所轄庁	
代 表 者	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日	
	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	事業所等の所在地	(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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表1
		夜間対応型訪問介護				付表2
		地域密着型通所介護				付表3
		認知症対応型通所介護				付表4
		小規模多機能型居宅介護				付表5
		認知症対応型共同生活介護				付表6
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表7
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表8
介護 予 防 サ ー ビ ス	看護小規模多機能型居宅介護				付表9	
	介護予防認知症対応型通所介護				付表4	
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表5	
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表6	
介護保険事業者番号	(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						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄に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」「一般財団法人」「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載してください。
  - 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。
  - 5 「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
  - 6 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「医療機関等コード等」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、そのすべてを記載してください。
  - 7 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、届出事項に変更がないときには、「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予定年月日」「欠格事由に該当しないことを宣約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。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。