様式第１号(第２条関係)

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

指定介護予防支援事業者

年　　月　　日

　那珂市長　様

所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

　介護保険法に規定する事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主である事務所の所在地 | | (〒　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| E-mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | | 職名 | | |  | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 　 FAX番号 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | 指定(許可)申請をする事業等(事業開始予定年月日) | | | | | | | | 既に指定等を受けている事業等(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 | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  |
| 複合型サービス | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  |
| 地域密着介護予防サービス | 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 | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防支援 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  |
| ※地域包括支援センターの設置年月日　（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | | | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |  | | | (当該事業所が既に指定を受けている場合) | | | | |
| 障害福祉サービス等事業所番号 | | | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |  | | | (当該事業所が既に指定を受けている場合) | | | | |
| 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) | | | | |