

第1号様式（第2条関係）

受付番号

指 定 申 請 書

年 月 日

(宛先) 江別市長

主たる事務所の所在地  
 申請者 名 称  
 代 表 者 氏 名

㊟

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及び指定介護予防支援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 - )		(ビルの名称等)							
	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 氏名	生年月日					
	代 表 者 の 住 所	(郵便番号 - )		(ビルの名称等)							
	事業所等の所在地	(郵便番号 - )		(ビルの名称等)							
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設	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					
	地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				年 月 日	年 月 日				
		夜間対応型訪問介護				年 月 日	年 月 日				
		地域密着型通所介護				年 月 日	年 月 日				
		認知症対応型通所介護				年 月 日	年 月 日				
		小規模多機能型居宅介護				年 月 日	年 月 日				
		認知症対応型共同生活介護				年 月 日	年 月 日				
		地域密着型特定施設入居者生活介護				年 月 日	年 月 日				
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				年 月 日	年 月 日				
	看護小規模多機能型居宅介護				年 月 日	年 月 日					
	居宅介護支援				年 月 日	年 月 日					
	サ ー ビ ス 防 止 型	地 域 密 着 型	介護予防認知症対応型通所介護				年 月 日	年 月 日			
			介護予防小規模多機能型居宅介護				年 月 日	年 月 日			
介護予防認知症対応型共同生活介護				年 月 日	年 月 日						
介護予防支援				年 月 日	年 月 日						
介護保険事業所番号								(既に指定を受けている場合)			
医 療 機 関 コ ー ド 等											
備 考											

(裏)

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」等の別を記載してください。
- 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を受けているものについて、該当する欄に○を記載してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、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 「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記載してください。
- 7 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問介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、そのコードを記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 8 「備考」欄は、介護保険法に規定する共生型地域密着型サービス事業者の特例に規定する指定を受けようとする場合に、児童福祉法又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律により既に指定を受けている事業等の名称、事業所番号及び指定年月日を記入してください。