**様式第１号（第３条関係）**

**（表）**

|  |  |
| --- | --- |
| **地域密着型サービス事業者**  **地域密着型介護予防サービス事業者** | **指定申請書** |

**年　　月　　日**

**島田市長**

**名称**

**申請者**

**代表者氏名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **介護保険法に規定する** | **地域密着型サービス事業者**  **地域密着型介護予防サービス事業者** | **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** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主たる事務所**  **の所在地** | | | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　　市区**  **府県　　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連 絡 先** | | | **電話番号** | | | | | | | **（内線）** | | | | | | | | **ＦＡＸ番号** | |  | | |
| **Ｅ－ｍａｉｌ** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **代表者の職名・**  **氏名・生年月日** | | | **職名** | | |  | | | | | | | **フリガナ** | | | |  | | **生年月日** | | **年　月　日** | |
| **氏　名** | | | |  | |
| **代表者の住所** | | | **（郵便番号　　　－　　　　）**  **都道　　　　　市区**  **府県　　　　　町村** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | |
| **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の種類** | | | | | | | | | | | | | **共生型サービス申請** | | | **指定申請**  **対象事業**  **(該当事業に〇)** | | **既に指定を受**  **けている事業**  **(該当事業に〇)** | | **指定申請をする**  **事業の事業開始**  **予定年月日** | | **様式** |
| **地域密着型サービス** | **夜間対応型訪問介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表１** |
| **認知症対応型通所介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表２** |
| **小規模多機能型居宅介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表３** |
| **認知症対応型共同生活介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表４** |
| **地域密着型特定施設入居者生活介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表５** |
| **地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表６** |
| **定期巡回・随時対応型訪問介護看護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表７** |
| **複合型サービス** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表８** |
| **地域密着型通所介護** | | | | | | | | | | | | **□** | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表９** |
| **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** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表２** |
| **介護予防小規模多機能型居宅介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表３** |
| **介護予防認知症対応型共同生活介護** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | **年　月　日** | | **付表４** |
| **介護保険事業所番号** | | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | **（既に指定又は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）** | | | | | | |

**（裏）**

**備考**

**１　「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。**

**２　「法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請」及び「共生型サービス申請」欄は、該当する場合にのみチェックをしてください。**

**３　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コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。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。**

**４　既に地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の地域密着型サービス事業所又は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誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。**