様式第１号（第２条及び第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 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・更新申請書**

　　年　　月　　日

（あて先）三芳町長

所在地

申請者

名　称

介護保険法に規定する事業所に係る指定・更新を受けたいので、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 | | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | | | | | | | | 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の種類 | 事業所等の所在地 | | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表１ |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表２ |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表３ |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表４ |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表５ |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表６ |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表７ |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表８ |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表２ |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表３ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表４ |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | （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 | | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | |