第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | | 受付番号 | |  | |
|  | 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 | | 指定申請書 | |  |

年　月　日

　　屋久島町長　　　　　　　　　　様

申請者　名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　㊞

　　介護保険法（平成９年法律第123号）に規定する事業所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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話 | | ―　　　― | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ | | | ―　　　― | | | | |
| Email | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 指定申請対象事業（該当事業に○） | | | | | | | 既に指定を受けている事業（該当事業に○） | | | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | 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 |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | 付表10 |
| 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） | | | | | | |

　備考

　　１　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」の欄には記載しないでください。

　　２　「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「○」を記載してください。

　　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の予定年月日」、「当該申請に関する事項」、「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、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。