

様式第1号（第2条関係）

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定申請書

年 月 日

（宛先）狭山市長

所在地
申請者
名 称

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス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	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)				
請	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種別	法人所轄庁				
者	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)				
指定を受けようとする事業所	事業所等の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)				
	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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表1
		夜間対応型訪問介護				付表2
		地域密着型通所介護				付表3
		認知症対応型通所介護				付表4
		小規模多機能型居宅介護				付表5
		認知症対応型共同生活介護				付表6
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表7
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表8
看護小規模多機能型居宅介護				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4	
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表5	
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表6	
介護保険事業者番号	(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						

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 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「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の開始予定年月日」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 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、そのすべてを記載してください。
- 8 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、申請事項に変更がないときには、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。

一部改正〔平成25年規則20号・28年47号〕