

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

取手市長 殿

申請者 住 所
 (主たる事務所の所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者の氏名)

介護保険法に規定する事業者の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 -) 都 道 郡 市 府 県 区 ----- (ビルの名称等)				
	申請者連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類別		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名・生年月日	職 名		フリガナ 氏 名		生年月日
指定を受けようとする事業・施設	代表者の住所	(郵便番号 -) 都 道 郡 市 府 県 区 ----- (ビルの名称等)				
	フリガナ					
	名 称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) ----- (ビルの名称等)				
	事業所等連絡先	電話番号		FAX 番号		
		同一所在地において行う事業又は施設の種類	実施事業又は開設施設	指定申請に係る事業等の開始予定年月日	既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日	備考
居宅サービス	訪問介護				付表1	
	訪問入浴介護				付表2	
	訪問看護				付表3	
	訪問リハビリテーション				付表4	
	居宅療養管理指導				付表5	
	通所介護				付表6	
	通所リハビリテーション				付表7	
	短期入所生活介護				付表8	
	短期入所療養介護				付表9	
	特定施設入居者生活介護				付表10	
	福祉用具貸与				付表11	
	特定福祉用具販売				付表12	
	居宅介護支援				付表13	
施設	介護老人福祉施設				付表14	
	介護老人保健施設				付表15	
	介護療養型医療施設				付表16	

介護予防サービス	介護予防訪問介護				付表1
	介護予防訪問入浴介護				付表2
	介護予防訪問看護				付表3
	介護予防訪問リハビリテーション				付表4
	介護予防居宅療養管理指導				付表5
	介護予防通所介護				付表6
	介護予防通所リハビリテーション				付表7
	介護予防短期入所生活介護				付表8
	介護予防短期入所療養介護				付表9
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表10
	介護予防福祉用具貸与				付表11
	特定介護予防福祉用具販売				付表12
介護保険事業所番号					
医療機関コード			事業所区分		

備考

- (1) 「受付番号」欄及び「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」欄には、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、株式会社等の別を記入してください。また、申請者が許認可等により設立された法人であるときは、「法人所轄庁」欄に許認可等をした官公署の名称を記載してください。
- (3) 「実施事業又は開設施設」欄には、今回行う申請に係る事業（施設）について該当する欄に○印を付してください。
- (4) 「既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄には、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定に基づき、指定又は許可があったとみなされる事業者又は施設については、「平成12年4月1日」と記載してください。
- (5) 「介護保険事業所番号」欄には、既に介護保険事業所番号が付されている場合に、その番号を記載してください。複数の番号が付されているときは、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- (6) 「医療機関コード」欄には、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が付されている場合に、そのコードを記載してください。複数のコードが付されているときは、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- (7) 「事業所区分」欄には、医療機関コードが付されている場合に、医科、歯科、老人保健施設、訪問看護ステーション、薬局又はその他（福祉系）の別を記載してください。