様式第１号（第８条関係）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 指 定 申 請 書 |

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 松前町長　　　　様 | 所在地    申請者　　名称  代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

介護保険法(平成９年法律第１２３号)第１１５条の４５の３第１項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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　　在　　地 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | |
| 法人の種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | |  | | | | | | |
| 代 表 者 の 職・  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 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  の所在地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 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等の  事業開始予定年月日 | | | | | 既に指定を受けている  事業等の指定年月日 | | | | 様　式 |
| 指定介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | 付表１ |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 通所型サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | 付表２ |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 既に指定を受けている事業（介護保険サービス） | | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | | 申請書担当者 | | | | | |  | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | | 連絡先 | | | | | |  | | | |

＊　注意事項、申請に必要な添付書類については、裏面を参照のこと。

備考

１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

３　「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。

４　「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。

５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

６　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、その全てを記入すること。

７　添付書類

(1)訪問介護相当サービス　付表１－１及び裏面に掲げる書類

　(2)通所介護相当サービス　付表２－１及び裏面に掲げる書類