

別紙様式第二号(一)

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
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

檜葉町長

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する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。

		法人番号																					
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 市 区 府 県 町 村																				
	連絡先		電話番号	(内線)				FAX番号															
			Email																				
	法人等の種類																						
	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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村																					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に ☒												☐											
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等の種類			共生型 サービス 申請 時に ☒	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							付表第二号(二)														
		認知症対応型通所介護							付表第二号(四)(五)														
		小規模多機能型居宅介護							付表第二号(六)														
		認知症対応型共同生活介護							付表第二号(七)														
		地域密着型特定施設入居者生活介護							付表第二号(八)														
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							付表第二号(九)														
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護							付表第二号(一)														
		複合型サービス							付表第二号(十)														
	地域密着型通所介護			☐				付表第二号(三)															
	居宅介護支援事業							付表第二号(十一)															
	介護予防支援事業							付表第二号(十二)															
サ ー ビ ス 防 着	地 域 密 着	介護予防認知症対応型通所介護							付表第二号(四)(五)														
		介護予防小規模多機能型居宅介護							付表第二号(六)														
		介護予防認知症対応型共同生活介護							付表第二号(七)														
介護保険事業所番号												(既に指定又は許可を受けている場合)											
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)											