

申請者	フリガナ		法人番号							
	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-ビス防衛型密着	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)					