様式第１号(第２条関係)

**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

羽曳野市長　　　　　　　　　様

（名　称）

申請者

（代表者の職名・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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 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） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | 生年月日 |
| 氏名　 |  |
| 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の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 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 | 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 |
| 複合型サービス（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） |

※　裏面に記載に関しての備考があります。

備考　1　「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

2 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。

3　既に地域密着型サービス事業所の指定をうけている事業者が、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、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事

務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」

「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番

号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。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に届出

を省略できます。