

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

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(施設)に係る指定(許可)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			
	法人等の種類		Email				
	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ氏名	生年月日		
代表者(開設者)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(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 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 <input checked="" type="checkbox"/>	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	
						様 式	
	訪問介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(一)
	訪問入浴介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(二)
	訪問看護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(三)
	訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>				付表第一号(四)
	居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/>				付表第一号(五)
	通所介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(六)
	通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>				付表第一号(七)
	短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)
	短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)
	特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)
	福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)
	特定福祉用具販売		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十四)
	介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十五)
	介護老人保健施設		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十六)
	介護医療院		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十七)
	介護予防訪問入浴介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(二)
	介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(三)
	介護予防訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>				付表第一号(四)
介護予防居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/>				付表第一号(五)	
介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>				付表第一号(七)	
介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
介護予防短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十二)	
介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/>				付表第一号(十四)	
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)				

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、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、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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、その全てを記載してください。
- 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「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」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「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」及び「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。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。