

受付番号	事業所所在市町村番号
------	------------

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・指定更新）申請書

年 月 日

（宛先）春日市長

所在地
申請者 法人名
代表者職氏名

印

介護保険法に規定する事業所に係る（指定・指定更新）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。

なお、暴力団を利用することとならないことの確認のため、警察機関に照会されることに同意します。

申請者	フリガナ 名 称	法人番号(マイナンバー)										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 都市 (ビルの名称等)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	法人の種類				法人所轄庁							
	代表者の職名・氏名・生年月日・性別	職名				フリガナ 氏名	生年月日		性別 男・女			
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 都市 (ビルの名称等)										
指定又は指定の更新を受けようとする事業所の種類	フリガナ 事業所等の名称											
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 都市 (ビルの名称等)										
	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	指定又は指定の更新の申請をする事業の開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	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		
	介護予防	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)								付表9		
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		: : : : : : : : : : : : (既に指定を受けている場合)										
指定を受けている他市町村名												
医療機関コード等		: : : : : : : : : : : :										
記入担当者	職氏名	職名					氏名					

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「 」を記入してください。
- 5 「指定又は指定の更新の申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。
- 7 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。