（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定地域密着型サービス事業者

指定地域密着型介護予防サービス事業者　指定（更新）申請書

年　　月　　日

山辺町長　　　　　様

所　在　地

申請者　名　　　称　　　　　　　　印

代表者氏名

　　介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業者（指定地域密着型介護予防サービス事業者）の指定（指定の更新）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | | |  | |
| 申　　　請　　　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の 所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 |  | | | | | | | | |
| 代表者の職 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 | 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | | | 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 | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 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 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | |

（裏）

　備考

　　１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」の欄には記載しないでください。

　　２　「法人の種別」の欄は、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」「有限会社」等の別を記入してください。

　　３　「法人所轄庁」の欄は、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載してください。

　　４　「実施事業」の欄は、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　「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」の欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　６　「既に指定を受けている事業の指定年月日」の欄は、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載してください。

　　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」の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。

　　８　既に地域密着型サービス事業者の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業者の指定を受ける場合において、既に町長に提出している事項のうち介護保険法施行規則第131条の７第１項第４号から第15号までに掲げる事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書への記載又は書類の提出を省略することができます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業者の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業者の指定を受ける場合においても同様です。