|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

第１号様式

年　　　月　　　日

指定居宅サービス事業者等指定（許可）申請書

　船橋市長　あて

介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は介護保険施設の指定（許可）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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （　　　－　　　　　） |
| 連絡先 | TEL番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 代表者の住所 | （　　　－　　　　　） |
| 事業所（施設） | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） |
| 連絡先 | TEL番号 |  | FAX番号 |  |
| 指定（許可）を受けようとする事業等の種類 | 同一所在地において行う事業等又は既に指定（許可）を受けている事業等の種類 | 実施事業 | 指定（許可）申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日 |
| 指定（介護予防）居宅サービス（※） | 訪問介護・介護予防訪問型サービス |  |  |  |
| （介護予防）訪問入浴介護 |  |  |  |
| （介護予防）訪問看護 |  |  |  |
| （介護予防）訪問リハビリテーション |  |  |  |
| （介護予防）居宅療養管理指導 |  |  |  |
| 通所介護・介護予防通所型サービス |  |  |  |
| （介護予防）通所リハビリテーション |  |  |  |
| （介護予防）短期入所生活介護 |  |  |  |
| （介護予防）短期入所療養介護 |  |  |  |
| （介護予防）特定施設入居者生活介護 |  |  |  |
| （介護予防）福祉用具貸与 |  |  |  |
| 特定（介護予防）福祉用具販売 |  |  |  |
| 居宅介護支援 |  |  |  |
| 施設 | 介護老人福祉施設 |  |  |  |
| 介護老人保健施設 |  |  |  |
| 介護医療院 |  |  |  |
| 指定（介護予防）地域密着型サービス（※） | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 |  |  |  |
| 地域密着型通所介護・介護予防通所型サービス |  |  |  |
| （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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |  |  |  |
| （※）総合事業サービス | 介護予防生活支援サービス |  |  |  |
| 介護予防運動機能向上デイサービス |  |  |  |
| 介護予防ミニデイサービス |  |  |  |
| 既に受けている指定（許可）の介護保険事業所番号 |  |
| 指定（許可）を受けている他市町村名 |  |
| 同一所在地で、他の法律において既に指定（許可）を受けている事業等 |  |
| 医療機関コード等 |  |

備考　指定（許可）を受けようとする事業等の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。