|  |  |
| --- | --- |
| 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。