第１号様式

受付番号	

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・代表者印	印	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。