第７号様式

年　　月　　日

指定を不要とする旨の申出書

船橋市長　あて

　　次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  | | | |
| 申出者 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） | | | | |
| 代表者の職名 |  | | 氏名 |  | |
| 事業所（施設） | 名称 |  | | | | |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） | | | | |
| 管理者 | 氏名 |  | | | | |
| 住所 | （　　　－　　　　　） | | | | |
| 施設種別 | 事業等の種類 | | | | | 指定を不要とするもの |
| 保険医療機関  （医科・歯科） | 訪問看護 | | | | |  |
| 介護予防訪問看護 | | | | |  |
| 訪問リハビリテーション | | | | |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | |  |
| 居宅療養管理指導 | | | | |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | |  |
| 通所リハビリテーション | | | | |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | |  |
| 保険薬局 | 居宅療養管理指導 | | | | |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | |  |
| 介護老人保健施設 | 通所リハビリテーション | | | | |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | |  |
| 介護医療院 | 通所リハビリテーション | | | | |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | |  |

備考　指定を不要とする申し出を行う居宅サービス及び介護予防サービスのサービス種類について「指定を不要とするもの」の欄に○印を付してください。