

指定地域密着型サービス事業所・指定居宅介護支援事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

年 月 日

(あて先)三鷹市長

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名

㊞

介護保険法に規定する指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

三鷹市保険者番号	132043
----------	--------

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	〒 (-)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別				法人所轄庁	
	代表者の職名		代表者の氏名		代表者の生年月日	
	代表者の住所	〒 (-)				
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地	〒 (-)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	同一所在地で行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	備考
	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				
		共生型地域密着型通所介護				
		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				
看護小規模多機能型居宅介護						
居宅介護支援						
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		(当該事業者が既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市区町村名						
医療機関コード等		(保健医療機関として指定を受けている場合)				

備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類別」欄は、「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」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」欄は、今回申請を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 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」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」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 保健医療機関、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」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、その全てを記載してください。