様式第１号（第２条関係）

松浦市指定居宅介護支援事業所指定申請書

年　　月　　日

　松浦市長　　　　　　　　様

　　　（名　　　称）

申請者

（代表者の職名・氏名）　　　　　　　　　　　㊞

　介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　 |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email  |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  |
| 代表者の住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　 |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 指定申請対象事業(該当事業に〇) | 既に指定を受けている事業(該当事業に〇) | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | 様　式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 |  |  |  | 付表１ |
| 認知症対応型通所介護 |  |  |  | 付表２ |
| 小規模多機能型居宅介護 |  |  |  | 付表３ |
| 認知症対応型共同生活介護 |  |  |  | 付表４ |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  |  |  | 付表５ |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |  | 付表６ |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |  | 付表７ |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |  |  |  | 付表８ |
| 地域密着型通所介護 |  |  |  | 付表９ |
| 居宅介護支援事業 |  |  |  | 付表10 |
| 域地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 |  |  |  | 付表２ |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 |  |  |  | 付表３ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 |  |  |  | 付表４ |
| 介護保険事業者番号　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定又は許可を受けている場合） |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） |

　・裏面に記載に関しての備考があります。

備考　１ 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。

　　　２ 保険医療機関、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、そのすべてを記載してください。