|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、

指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）申請書

年　　月　　日

　　　綾川町長　殿

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（開設許可）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※事業所所在地市町番号 | | | | | |  | | |
| 申　　　　請　　　　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | |  | |  | | | |
| 代表者の職・氏名・  生年月日 | | | 職名 | | |  | | | | | | | フリガナ | | | | | | |  | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | |  | | | |
| 代　表　者（開　設　者）  の住所 | | | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）  の所在地 | | | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | 指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日） | | | | | | 既に指定（許可）を  受けている事業等  (指定(許可)年月日) | | | | 備考 |
| 居宅サービス | 訪問介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 訪問看護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護予防サービス | 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護予防通所介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | | | |

備考　１　※印の欄には、記入しないでください。

２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」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入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　なお、今回の申請に伴い、介護保険法第72条第１項（同法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定に基づき、指定があったものとみなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記入してください。

５　「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。

６　「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（介護保険法第71条第１項又は第72条第１項の規定に基づき指定があったものとみなされたときは保険医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第４条、第５条、第７条及び第８条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては「12.４.１」）を記入してください。

７　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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

８　この申請書には、指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。

９　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入例）

第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、

指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）申請書

平成△年▲月×日

　　　綾川町長　殿

申請者　住　所　　香川県綾川町綾歌郡綾川町○番地○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 株式会社○○

氏　名　　代表取締役　○○　○○　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（開設許可）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※事業所所在地市町番号 | | | | | |  | | |
| 申　　　　請　　　　者 | フリガナ | | | カブシキガイシャマルマル | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | 株式会社○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | （郵便番号761―○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | | 087－○○○-○○○○ | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | 087－○○○-○○○○ | | | |
| 法人の種別 | | | 株式会社 | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | 法務省 | |  | | | |
| 代表者の職・氏名・  生年月日 | | | 職名 | | | 代表取締役 | | | | | | | フリガナ | | | | | | | マルマル　マル | | | | 生年月日  昭和●年△月◇日 | |
| 氏名 | | | | | | | ○○　○ | | | |
| 代　表　者（開　設　者）  の住所 | | | （郵便番号761―○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類 | フリガナ | | | キョタクカイゴシエンジギョウショマルマル | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | 居宅介護支援事業所○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）  の所在地 | | | （郵便番号761―○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | 指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日） | | | | | | 既に指定（許可）を  受けている事業等  (指定(許可)年月日) | | | | 備考 |
| 居宅サービス | 訪問介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 訪問看護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | ○ | | | | H△/○/◆ | | | | | |  | | | |  |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護予防サービス | 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護予防通所介護 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | | | 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 0 | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | | | |