

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 介護保険施設

指定(許可)申請書

年 月 日

知事 殿

(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(施設)に係る指定(許可)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	—)	県	郡市
	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 氏名		生年月日	
代表者の住所	(郵便番号	—)	県	郡市	
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	指定居宅サービス	訪問介護			付表1	
		訪問入浴介護			付表2	
		訪問看護			付表3	
		訪問リハビリテーション			付表4	
		居宅療養管理指導			付表5	
		通所介護			付表6	
		通所リハビリテーション			付表7	
		短期入所生活介護			付表8	
		短期入所療養介護			付表9	
		特定施設入居者生活介護			付表10	
		福祉用具貸与			付表11	
		特定福祉用具販売			付表12	
	施設	介護老人福祉施設			付表13	
		介護老人保健施設			付表14	
		介護医療院			付表15	
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護			付表2	
		介護予防訪問看護			付表3	
		介護予防訪問リハビリテーション			付表4	
		介護予防居宅療養管理指導			付表5	
		介護予防通所リハビリテーション			付表7	
	介護予防短期入所生活介護			付表8		
	介護予防短期入所療養介護			付表9		
	介護予防特定施設入居者生活介護			付表10		
	介護予防福祉用具貸与			付表11		
	特定介護予防福祉用具販売			付表12		
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					(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。