

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定(指定の更新)申請書

年 月 日

宇治市長宛て

所在地

申請者 名 称

㊞

代表者氏名

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業所又は指定地域密着型介護予防サービス事業所に係る指定又は指定の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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					ファクシミリ番号						
	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												
	(ビルの名称等)												
指定を受けようとする事業所	フリガナ												
	名 称												
	所 在 地	郵便番号											
		(ビルの名称等)											
	上記の所在地において行う事業の種類					実施事業	当該申請に係る事業の開始予定年月日	既に受けている指定の有効満了日	様式				
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護								付表1			
		夜間対応型訪問介護								付表2			
		地域密着型通所介護								付表3			
		認知症対応型通所介護								付表4			
		小規模多機能型居宅介護								付表5			
		認知症対応型共同生活介護								付表6			
地域密着型特定施設入居者生活介護								付表8					
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護								付表9					
介護予防サービス	看護小規模多機能型居宅介護								付表10				
	介護予防認知症対応型通所介護								付表4				
	介護予防小規模多機能型居宅介護								付表5				
介護予防認知症対応型共同生活介護								付表6					
介護保険事業所番号										(既に指定を受けている場合のみ)			
指定を受けている他市町村名													
医療機関コード等													