

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 | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | 付表10 | | | | | |
| 介護予防 | 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 | | | | | | | | | | | | | |

