

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
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所

年 月 日

所在地

代表者職名・氏名

申請者	フリガナ		法人番号									
	名 称											
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)		都 道 府 県		市 区 町 村					
	連絡先		電話番号	(内線)				FAX番号				
			Email									
	法人等の種類											
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 -)		都 道 府 県		市 区 町 村						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に ☒												
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			共生型サービス申請時に ☒	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	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						付表第二号(二)				
		認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)				
		小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)				
		認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)				
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表第二号(八)				
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表第二号(九)				
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表第二号(一)				
		複合型サービス						付表第二号(十)				
		地域密着型通所介護			☐			付表第二号(三)				
	居宅介護支援事業							付表第二号(十一)				
	介護予防支援事業							付表第二号(十二)				
	サ ー ビ ス 防 着	地 域 密 着	介護予防認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)			
			介護予防小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)			
介護予防認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)						
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)									

- 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「○」を記入してください。
 - 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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、その全てを記載してください。
 - 3 地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
 - 4 法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 - 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 - 6 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。