

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 指定申請書

年 月 日

市川市長

(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に係る指定を受けたいので、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 ー 県 ー) 郡市										
	連絡先		電話番号							F A X 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 ー 県 ー) 郡市											
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					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					
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護											
		認知症対応型通所介護											
		小規模多機能型居宅介護											
		認知症対応型共同生活介護											
		地域密着型特定施設入居者生活介護											
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護											
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護											
		複合型サービス											
	地域密着型通所介護												
	居宅介護支援事業												
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護											
		介護予防小規模多機能型居宅介護											
介護予防認知症対応型共同生活介護													
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。