

指定居宅介護支援事業所 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		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	
		(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	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。