

様式第1号（第2条関係）

受付番号	
------	--

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

久喜市長 あて

申請者 所在地
名称 ㊟

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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号	
------------	--

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		FAX番号		
	法人の種別		法人所轄庁			
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 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 —)				
	事業所等の所在地	(郵便番号 —)				
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式	
地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	夜間対応型訪問介護				付表1	
	認知症対応型通所介護				付表2	
	小規模多機能型居宅介護				付表3	
	認知症対応型共同生活介護				付表4	
	地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6	
サ ー ビ ス 予 防 型	介護予防認知症対応型通所介護				付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表4	
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には、記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 - 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
 - 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
 - 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に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、そのすべてを記載してください。
 - 8 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、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において、届出事項に変更がないときには、「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の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —)								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款等の条文		第 条第 項第 号								
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 —)			
	氏名									
	生年月日									
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無								
オペレーションセンターの箇所数		箇所								
予定利用者数		人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)								
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員		
		定期巡回サービス		随時訪問サービス						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
基準上の必要人数(人)										
適合の可否										
主な 掲 示 事 項	営業日									
	営業時間									
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)								
		法定代理受領分以外								
	その他の費用									
通常の事業実施地域										
添付書類	別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 1—2

夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所
で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
主な 掲 示 事 項	営 業 日			
	営 業 時 間			
	利 用 料	法定代理受領分 (1割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	そ の 他 の 費 用			
通常の実施地域				
添 付 書 類	別添のとおり			

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型
通所介護事業所の指定に係る記載事項(単独型・併設型)

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号			FAX番号
当該事業の実施について定めてある定款等の条文		第	条第	項第	号
併設事業所の種別、名称				事業所番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)
	氏名				
	生年月日				
理者	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)					
非常勤(人)					
基準上の必要人員(人)					
適合の可否					
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否	
			m ²	m ² 以上	
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日			
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)			
	利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)			
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)			
	食事の提供に要する費用	法定代理受領分以外			
	通常の事業実施地域				
添付書類	別添のとおり				

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型
通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号			F A X 番号	
当該事業の実施について定めてある定款等の条文		第	条第	項第	号	
種 別				事業所番号		
名 称				開設年月日		
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数			人	当該事業の利用定員		
管理者	フリガナ					
	氏 名	住 所		(郵便番号 —)		
	生年月日					
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
者	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記入)	名 称			事業所番号	
	兼務する職種及 び勤務時間等		-----			
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常 勤 (人)						
非 常 勤 (人)						
基準上の必要人員 (人)						
適 合 の 可 否						
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²				
主な 掲 示 事 項	営 業 日	単位ごとの営業日				
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利 用 定 員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
	利 用 料	法定代理受領分(1割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用					
通常の事業実施地域						
添 付 書 類		別添のとおり				

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
 4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
 6 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

										受付番号			
事業名称	フリガナ												
	名称												
所在地	(郵便番号 —)												

連絡先	電話番号					FAX番号							
	当該事業の実施について定めてある定款等の条文第 条第 項第 号												
併設施設等種別				名称			事業所番号						
	フリガナ			住所			(郵便番号 —)						
管理者	フリガナ			氏名			生年月日						
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)												
併設する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号			兼務する職種及び勤務時間等						

通いサービスの利用者数 (推定数を記入)					人								
登録定員	人			通いサービスの利用定員	人			宿泊サービスの利用定員	人				
従業者の職種・員数	介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員								
	専従		専従		専従								
	兼務		兼務		兼務								
	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
	常勤換算後の人数 (人)												
基準上の必要人数 (人)													
適合の可否													
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別												
	居間及び食堂の合計面積			m ²		基準上の必要面積		m ² 以上		適合の可否			
	個室以外の宿泊室の合計面積			m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人		基準上の必要数値			
主な揭示事項	営業日												
	営業時間												
	登録定員 人												
	通いサービスの利用定員 人												
	宿泊サービスの利用定員 人												
	利用料 法定代理受領分 (1割負担分)												
	法定代理受領分以外												
	食事の提供に要する費用												
宿泊に要する費用													
通常の事業実施地域													
療協機関医	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
運営推進会議の有無 有・無													
添付書類 別添のとおり													

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
- 4 「協力歯科医療機関」がある場合は「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表3—2

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅
 介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の
 記載事項

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 —)											
建物構造概要	連絡先	電話番号					FAX番号						
	耐火構造物、準耐火構造物等の別												
	居間及び食堂の合計面積		m ²		基準上の必要面積		m ² 以上		適合の可否				
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人		基準上の必要数値		m ² 以上		適合の可否	
主な掲示事項	登録定員		人										
	通いサービスの利用定員		人										
	宿泊サービスの利用定員		人										
	利用料		法定代理受領分（1割負担分）										
			法定代理受領分以外										
	食事の提供に要する費用												
	宿泊に要する費用												
通常の事業実施地域													

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

付表 4

認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症
対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地		(郵便番号 —)		
連絡先		電話番号	F A X 番号		
当該事業の実施について定めてある定款等の条文			第 条第 項第 号		
管理	フリガナ		(郵便番号 —)		
	氏 名		住 所		
	生年月日				
理者	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合のみ記入)	名 称	事業所番号		
	兼務する職種 及び勤務時間等				
共同生活住居数	戸	①	②		
利用者数 (推定数を記入)	人	人	人		
従業者の職種・員数		介護従業者	介護従業者	計画作成担当者	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務
常 勤 (人)					
非 常 勤 (人)					
常勤換算後の人数 (人)					
基準上の必要人数 (人)					
適 合 の 可 否					
主な 掲 示 事 項	居 室 数		(うち個室 室)	(うち個室 室)	
	利 用 定 員		人	人	
	利 用 料	法定代理受領分 (1割負担分)			
		法定代理受領分以外			
そ の 他 の 費 用					
機 関	協 力 医 療	名 称	主な診療科名		
	名 称	主な診療科名			
耐火構造物、準耐火構造物等の別					
運営推進会議の有無			有 ・ 無		
添 付 書 類			別添のとおり		

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款等の条文					第 条 第 項 第 号						
施設の区分	有料老人ホーム					施設開設年月日					
	軽費老人ホーム					施設開設年月日					
	高齢者専用賃貸住宅					施設開設年月日					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)				
	氏名										
	生年月日										
当該特定施設で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)											
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称					事業所番号					
	兼務する職種及び勤務時間等										
利用者数 (推定数を記入)		人 (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)									
要介護者		人									
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤 (人)										
	非常勤 (人)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	基準上の必要人数 (人)										
	適合の可否										
主な揭示事項	入居定員										
	居室数										
	利用料	法定代理受領分 (1割負担分)									
		法定代理受領分以外									
その他の費用											
機協 力医 療関	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
概建 物構 要造	耐火建築物、準耐火建築物等の別										
	介護居室の1室の最大定員	人				基準上の必要数値		人以下		適合の可否	
運営推進会議の有無		有 ・ 無									
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表6

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 —)										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款等の条文					第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 —)						
	氏名											
	生年月日				同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号			
						兼務する職種及び勤務時間等						
本体施設の有無		有・無										
併設事業所の有無		有・無		併設事業所の名称、定員								
短期入所生活介護の実施の有無		有・無		事業の実施形態		空床型・併設型						
入居者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)						
従業者の職種・員数				医師		生活相談員		介護職員		看護職員		
				専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		常勤(人)										
		非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)		/										
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
				栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置		
				専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務			
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		常勤(人)										
		非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)		/										
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
設備基準上の数値記載項目等				地域密着型介護老人福祉施設				短期入所生活介護				
					基準上の必要値	適合の可否		基準上の必要値	適合の可否			
居室	1室の最大定員		人	人以下		人	人以下					
	入所者1人当たりの最小床面積		m ²	m ²		m ²	m ²					
食堂と機能訓練室の合計面積			m ²	m ²		m ²	m ²					
廊下	片廊下の幅		m	m		m	m					
	中廊下の幅		m	m		m	m					
主な揭示事項												
入所(利用)定員				人				人				
利用料	法定代理受領分(1割負担分)											
	法定代理受領分以外											
その他の費用												
療協機力関医	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
運営推進会議の有無		有・無										
添付書類		別添のとおり										

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄については、記載を要しません。
 5 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 7 当該指定地域密着型介護福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型介護福祉施設サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第2号（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地

事業者 名称 ㊟

代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号											
指定内容を変更した事業所（施設）		名称 所在地											
サービスの種類													
変更があった事項		変更の内容											
1	事業所・施設の名称	(変更前)											
2	事業所・施設の所在地												
3	申請者の名称												
4	主たる事務所の所在地												
5	代表者の氏名、住所及び職名												
6	定款等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）												
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)											
9	運営規程												
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関												
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制												
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項												
13	役員の氏名及び住所												
14	本体施設、本体施設との移動経路等												
15	併設施設の状況等												
変更年 月 日		年 月 日											

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第3号（第3条関係）

再開届出書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地

事業者名称 ㊟

代表者氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号														
再開した事業所	名称														
	所在地														
サービスの種類															
再開した年月日	年 月 日														

備考 省令に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第4号（第3条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地
 事業者 名称 ①
 代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
廃止・休止する事業所	名 称									
	所在地									
サービスの種類										
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止									
廃止・休止する年月日	年 月 日									
廃止・休止する理由										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置										
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日									

様式第5号（第4条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地
 事業者 名 称 ㊟
 代表者氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
指 定 を 辞 退 す る 施 設	名 称												
	所在地												
指 定 を 受 け た 年 月 日	年			月			日						
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年			月			日						
指 定 を 辞 退 す る 理 由													
現 に 施 設 に 入 所 し て い る 者 に 対 す る 措 置													

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第6号（第5条関係）

受付番号	
------	--

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 指定更新申請書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地
申請者 名称 ㊟

介護保険法に規定する事業所に係る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。

		事業所所在市町村番号				
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		FAX番号		
	法人の種類別			法人所轄庁		
	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 —)					
指定更新を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 —)				
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定更新を受けようとする事業の現に受けている指定の有効期間満了日	様式
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				付表1
		認知症対応型通所介護				付表2
		小規模多機能型居宅介護				付表3
		認知症対応型共同生活介護				付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6
	介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表3
介護予防認知症対応型共同生活介護				付表4		
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定更新を受けようとする事業の現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に記入をしてください。
- 6 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に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、そのすべてを記載してください。
- 7 付表は、指定申請時の様式を使用してください。
- 8 申請に係る書類は、法第78条の2第4項各号（又は法第115条の12第2項各号）に該当しないことを誓約する書面を除き、当該申請に係る事業者が既に町長に提出している事項に変更がないときは、申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。