第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （表） | 受付番号 |  |

　　　　年　　月　　日

　　　多摩市長　殿

所在地

事業者　名称　　　　　　　　　代表者の職及び氏名

多摩市指定地域密着型サービス事業所及び　　　　　  
指定地域密着型介護予防サービス事業所　指定申請書

　　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、多摩市指定地域密着型サービス事業所及び多摩市指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則第２条の規定により、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 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | 付表７ |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | 付表８ |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | 付表９ |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | 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）

　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、株式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」、「主たる事務所の所在地」及び「代表者の職名・氏名・生年月日」を除き、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。