

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

令和〇年〇月〇日

新潟市長殿

所在地 **新潟県新潟市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビルA棟101号室**

申請者 名称 **株式会社〇〇福祉サービス**

代表者職名・氏名 **代表取締役 新潟 太郎**

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。

		法人番号	000000000000000000									
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇フクシサービス										
	名称	株式会社〇〇福祉サービス										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都道府県 新潟 市区町村 〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビルA棟101号室										
	連絡先	電話番号	012-345-6789	(内線)	111	FAX番号	987-654-3210					
		Email	◇◇abc〇〇@△△.ne.jp									
	法人等の種類	営利法人										
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役			フリガナ氏名	ニイガタ タロウ			生年月日	昭和〇年〇月〇日		
	代表者の住所	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都道府県 新潟 市区町村 〇〇区〇〇町通〇番町〇〇〇番地〇 〇〇マンションB棟102号室										
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑								☐				
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式							
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号(一)							
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)											
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)											
	介護予防通所介護相当サービス	○		令和〇年〇月〇日	付表第三号(二)							
	申請するサービスを、○でチェックする。											
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護				該当するサービスを、○でチェックする							
	基準該当訪問介護											
	通所介護		○									
	基準該当通所介護											
	地域密着型通所介護											
介護保険事業所番号	1 5 〇 × 〇 × 〇 × 〇 × (既に指定又は許可を受けている場合)											
指定を受けている他市町村名												
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)											

- 備考
- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 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。
 - 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、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 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。
 - 「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。
 - 「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」「緩和した基準による通所型サービス(定率)」「緩和した基準による通所型サービス(定額)」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。