|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (表面) | ※受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 手 数 料 欄 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定居宅サービス事業者  　　　　　指定介護予防サービス事業者  　　　　　介護保険施設 | 指定申請書 |

　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 広島県知事　様 | 郵便番号  申請者　法人の主たる事務所の所在地  (個人にあっては，住所)  法人の名称及び代表者の職氏名  (個人にあっては，氏名) |

　介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する事業者(施設)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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※事業所所在地市町番号 | | | | |  | |
| 申請(開設)者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 都道府県 | | | | | 郡市  　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | | |  | | | | | | |
| 代表者(開設者)の職・氏名・生年月日 | | | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | |  | | | | | 生年月日  年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | |  | | | | |
| 代表者(開設者)の住所 | | | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 都道府県 | | | | | 郡市  　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の吸収合併又は吸収分割により運営法人が  変更された場合の指定申請 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県 | | | | | | | | | 郡  　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | | 代表電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | 共生型サービス | | | | 指定申請をする事業等  (事業開始予定年月日) | | | | 既に指定（開設許可）を受けて  いる事業等（指定年月日） | | | | | 備考 | |
| 指定居宅サービス | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 訪問看護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 指定介護予防サービス | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | | 3 | | 4 |  | |  |  | |  | | |  | | |  |  |  | | | （既に指定（開設許可）を受けている場合） | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  |  | |  | | |  | | |  |  |  | | | 事業所区分 | | |  | | | | | | | | |

(裏面)

注　1　※印の欄は記入しないこと。

　　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すること。

　　3　「法人の吸収合併又は吸収分割により運営法人が変更された場合の指定申請」欄は，該当する場合は〇を記入すること。この場合において，添付書類は一部省略できるものとする。

　　4　「法人所轄庁」欄は，申請(開設)者が許可法人である場合に，その主務官庁の名称を記入すること。

　　5　「共生型サービス」欄は，共生型サービスの指定申請に該当する場合は〇を記入すること。

　　6　「実施事業」欄は，今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものを含めて，該当する欄に○を記入すること。なお，今回の申請に伴い，介護保険法(以下「法」という。)第72条第1項(第115条の11において準用する場合を含む。)の規定により，指定があったものとみなされる事業については，「事業実施」欄にみなしと記入すること。

　　7　「指定申請をする事業等」欄は，該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記入すること。

　　8　「既に指定（開設許可）を受けている事業等」欄は，法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日(法第71条第1項又は法第72条第1項(第115条の11において準用する場合を含む。)の規定により指定があったものとみなされたときは，保険医療機関等の指定を受けた年月日)を記載すること。

　　9　保険医療機関，保険薬局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」欄に記入すること。複数のコードを有する場合には，様式を補正して，そのすべてを記入すること。

　　10　不用の文字は消すこと。

　　11　用紙の大きさは，日本産業規格A列4とする。