

（あて先） 浜松市長

住 所 静岡県浜松市中区元城町●●●●-●●●●
 [所在地]
 申請者 氏 名 カブシカイシャ●●●●●●
 [名称及び] 株式会社●●●●●●
 [代表者氏名] 代表取締役 ●● ●●

印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

指定・開設許可申請書

介護保険法第41条第1項・第42条の2第1項・第46条第1項・第48条第1項第1号・第53条第1項・第54条の2第1項・第58条第1項の指定、第94条第1項・第107条第1項の開設許可を受けたいので、次のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ	カブシカイシャ●●●●●●				
	名 称	株式会社●●●●●●				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●) 静岡県浜松市中区元城町●●●●-●●●●				
	連絡先	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●		FAX 番号	●●●●-●●●●-●●●●
代表者	職 名	代表取締役	フリガナ	●● ●●	生年月日	●●年●●月●●日
		氏 名	●● ●●			
	住 所	(郵便番号●●●● - ●●●●) 静岡県浜松市●●区●●●●-●●●●				
指定・開設許可を受けようとする事業所・施設	所在地	(郵便番号●●●● - ●●●●) 静岡県浜松市●●区●●●●-●●●●				
	同一所在地において行う事業等の種類	介護給付	予防給付		付表番号	
		実施事業	事業開始・開設 予定年月日等	実施事業	事業開始・開設 予定年月日等	
	訪問介護					付表1
	訪問入浴介護					付表2
	訪問看護					付表3
	訪問リハビリテーション					付表4
	居宅療養管理指導					付表5
	通所介護	◎	●●年●●月●●日			付表6
	通所リハビリテーション					付表7
	短期入所生活介護					付表8
	短期入所療養介護					付表9
	特定施設入居者生活介護					付表10
	福祉用具貸与					付表11
	特定福祉用具販売					付表12
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表13
	夜間対応型訪問介護					付表14
	地域密着型通所介護					付表15
	認知症対応型通所介護					付表16
	小規模多機能型居宅介護					付表17
	認知症対応型共同生活介護					付表18
	地域密着型特定施設入居者生活介護					付表19
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表20
	複合型サービス					付表21
	居宅介護支援					付表22
	介護老人福祉施設					付表23
介護老人保健施設					付表24	
介護医療院					付表25	
介護予防支援					付表26	
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)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

法人の情報を記載してください。

事業所の情報を記載してください。

元号で記載

備 考

- 1 「実施事業」欄は、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に◎を記入すること。また、同一所在地において既に指定等を受けている事業について、該当する欄に○を記入すること。
- 2 「事業開始予定年月日等」欄は、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に当該事業の開始予定年月日を記入すること。また、同一所在地において既に指定等を受けている事業については、該当する欄に当該事業が指定又は許可を受けた年月日を記入すること。
- 3 「介護保険事業所番号」欄は、既に指定又は許可を受けている場合に記入すること。
- 4 「医療機関コード等」欄は、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されている場合に記入すること。