

※受付番号

指 定 申 請 書

年 月 日

琴平町長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

- 指定地域密着型サービス事業者
- 指定地域密着型介護予防サービス事業者
- 指定居宅介護支援事業者
- 指定介護予防支援事業者

の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。なお、本申請に係る情報については、都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することに同意します。

申 請 者	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - )					
	連絡先		電話番号		FAX番号			
			Email					
	法人の種別		法人所轄庁					
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ氏名	生年月日			
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等の種類			指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定 年月日	添付書類	
	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						付表8
		地域密着型通所介護						付表9
	居宅介護支援事業						付表10	
	サ イ バ イ シ 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		
介護予防支援事業								
介護保険事業者番号		(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)						

\* 裏面に記載に関する備考があります。

(裏面)

- 備考
- 1 ※印の欄には、記入しないでください。
  - 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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
  - 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 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 5 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。
  - 6 この申請書には、指定を受けようとする事業の種類ごとに、町長が定める書類を添付してください。