

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

指定申請書

年 月 日

菊池市長 様 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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

申請者	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)	都 道 市 区	府 県 町 村			
	連絡先		電話番号	(内線)	FAX番号			
			Email					
	法人等の種類							
	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 -)	都 道 市 区	府 県 町 村				
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			共生型サービス申請時に☑	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	様 式
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表第二号(二)
		認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)
		小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)
		認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表第二号(八)
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表第二号(九)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表第二号(一)
		複合型サービス						付表第二号(十)
		地域密着型通所介護						付表第二号(三)
	居宅介護支援事業						付表第二号(十一)	
	介護予防支援事業			☐			付表第二号(十二)	
	介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)
介護予防小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)		
介護予防認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)		
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)				