

別紙様式第二号(一)

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

新潟市長殿 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)														
サ ー ビ ス 防 型	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)																			