

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

令和〇 年 〇 月 〇 日

新潟市長殿
所在地 新潟県新潟市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビルA棟101号室
申請者 名称 株式会社〇〇福祉サービス
代表者職名・氏名 代表取締役 新潟 太郎

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		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇フクシサービス											
	名 称	株式会社〇〇福祉サービス											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都 道 新潟 市 区 〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 府 県 〇〇ビルA棟101号室											
	連絡先	電話番号	012-345-6789 (内線) 111		FAX番号	987-654-3210							
		Email	◇◇abc〇〇@△△.ne.jp										
	法人等の種類	営利法人											
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役		フリガナ	ニイガタ タロウ		生年月日	昭和〇年〇月〇日					
				氏 名	新潟 太郎								
	代表者の住所	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都 道 新潟 市 区 〇〇区〇〇町通〇番町〇〇〇番地〇 府 県 〇〇マンションB棟102号室											
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(該当事業に〇)	既に指定を受けている事業(該当事業に〇)	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				〇		令和〇年〇月〇日		付表第二号(十一)				
	介護予防支援事業								付表第二号(十二)				
介護予防型地域密着型サービス	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)											