

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)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(施設)に係る指定(許可)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 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 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(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ氏名	ニイガタ タロウ 新潟 太郎	生年月日 昭和〇年〇月〇日	
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 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(許可)申請時に☑			☐			
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の	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(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式
	訪問介護	☐	○		令和〇年〇月〇日	付表第一号(一)
	訪問入浴介護					付表第一号(二)
	訪問看護					付表第一号(三)
	訪問リハビリテーション					付表第一号(四)
	居宅療養管理指導					付表第一号(五)
	通所介護	☐				付表第一号(六)
	通所リハビリテーション					付表第一号(七)
	短期入所生活介護	☐				付表第一号(八)(九)(十)
	短期入所療養介護					付表第一号(十一)
	特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)
	福祉用具貸与					付表第一号(十三)
	特定福祉用具販売					付表第一号(十四)
	介護老人福祉施設					付表第一号(十五)
	介護老人保健施設					付表第一号(十六)
	介護医療院					付表第一号(十七)
	介護予防訪問入浴介護					付表第一号(二)
	介護予防訪問看護					付表第一号(三)
	介護予防訪問リハビリテーション					付表第一号(四)
	介護予防居宅療養管理指導					付表第一号(五)
介護予防通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
介護予防短期入所生活介護	☐				付表第一号(八)(九)(十)	
介護予防短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
介護予防福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売					付表第一号(十四)	
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)					