別記様式第1号(第2条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 指定居宅サービス事業者介護保険施設 | 指定（許可）申請書 |

年　　月　　日

　　　石川県知事　様

申請者

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名

(名称及び代表者の氏名)

　介護保険法第41条第1項本文(第48条第1項第1号、第94条第1項、第107条第1項)の規定による事業者(施設)の指定(許可)を受けたいので、同法第70条第1項(第86条第1項、第94条第1項、第107条第1項)の規定により関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　 |
| 氏名又は名称 | 　 |
| 住所又は主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　―　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 |
| 代表者 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | (郵便番号　　―　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 指定又は | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　―　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 　同一の所在地において行う事業等の種類 | 実施事業等 | 事業開始等予定年月日 | 既に指定(許可)を受けている事業等の指定(許可)年月日 |
| 許可を受けようとする事業所又は施設 | 居宅サービス | 訪問介護 | 　 | 　 | 　 |
| 訪問入浴介護 | 　 | 　 | 　 |
| 訪問看護 | 　 | 　 | 　 |
| 訪問リハビリテーション | 　 | 　 | 　 |
| 居宅療養管理指導 | 　 | 　 | 　 |
| 通所介護 | 　 | 　 | 　 |
| 通所リハビリテーション | 　 | 　 | 　 |
| 短期入所生活介護 | 　 | 　 | 　 |
| 短期入所療養介護 | 　 | 　 | 　 |
| 特定施設入居者生活介護 | 　 | 　 | 　 |
| 福祉用具貸与 | 　 | 　 | 　 |
| 特定福祉用具販売 | 　 | 　 | 　 |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | 　 | 　 | 　 |
| 介護老人保健施設 | 　 | 　 | 　 |
| 介護医療院 | 　 | 　 | 　 |
| 介護保険事業者番号 | 1 | 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定(許可)を受けている場合) |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　備考

　　1　この申請書には、指定(許可)を受けようとする事業等の種類ごとに知事が別に定める書類を添付してください。

　　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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。

　　3　「実施事業等」欄は、今回の申請に係る事業等及び既に指定(許可)を受けている事業等の種類に応じ、該当する欄に○印を記載してください。なお、今回の申請に伴って、介護保険法第72条第1項本文の規定により、指定があったものとみなされる事業については、「実施事業等」欄に「みなし」と記載してください。また、介護保険法第72条の2第1項に規定する特例による指定を受ける事業については、「実施事業等」欄に「共生型」と記載してください。

　　4　「既に指定(許可)を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、同一の所在地において行う事業等であって既に指定(許可)を受けている事業等すべてについて記載してください。なお、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定により指定(許可)があったものとみなされる事業等については、「12.4.1」と記載してください。

　　5　「医療機関コード等」欄は、事業所等について保険医療機関、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されている場合に記載してください。複数のコードを有する場合は、適宜この様式に加筆してそのすべてを記載してください。