別記様式第1号の2(第2条関係)

指定介護予防サービス事業者指定申請書

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53条第1項本文の規定による事業者の指定を受けたいので、同法第115条の2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) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | 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の種類 | | | | | | | | | | 実施事業 | | 事業開始予定年月日 | | | | | | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | |
| 介護予防サ｜ビス | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防訪問看護 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 介護保険事業者番号 | | | 1 | 7 | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | | (既に指定を受けている場合) | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | | | |

　備考

　　1　この申請書には、指定を受けようとする事業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」欄は、今回の申請に係る事業及び既に指定を受けている事業の種類に応じ、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115条の2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」欄に「共生型」と記載してください。

　　4　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、同一の所在地において行う事業であって既に指定を受けている事業すべてについて記載してください。なお、介護保険法等の一部を改正する法律(平成17年法律第77号)附則第13条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、「18.4.1」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。