第１号様式（第２条関係）

受付番号	

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所　　指定（許可）申請書
介護保険施設

年　月　日

鳥取県　部総合事務所長 様

所在地
申請者
名　称　　印

右の申請者と同じ内容。定款・登記事項と同じ内容を記載

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。

事業所所在地市町村番号	

申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・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　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			

実際にサービス提供をする事業所の所在地を記載

同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定（許可）申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日	様式
指定居宅サービス	訪問介護				付表１
	訪問入浴介護				付表２
	訪問看護				付表３
	訪問リハビリテーション				付表４
	居宅療養管理指導				付表５
	通所介護				付表６
	通所リハビリテーション				付表７
	短期入所生活介護				付表８
	短期入所療養介護				付表９
	特定施設入居者生活介護				付表 10
	福祉用具貸与				付表 11
	特定福祉用具販売				付表 12
居宅介護支援					付表 13
施設	介護老人福祉施設				付表 14
	介護老人保健施設				付表 15
	介護療養型医療施設				付表 16
指定介護予防サービス	介護予防訪問介護				付表１
	介護予防訪問入浴介護				付表２
	介護予防訪問看護				付表３
	介護予防訪問リハビリテーション				付表４
	介護予防居宅療養管理指導				付表５
	介護予防通所介護				付表６
	介護予防通所リハビリテーション				付表７
	介護予防短期入所生活介護				付表８
	介護予防短期入所療養介護				付表９
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表 10
	介護予防福祉用具貸与				付表 11
	特定介護予防福祉用具販売				付表 12

上記所在地でサービス提供しているすべての事業と新しく指定を受ける事業に〇を記載。

新しく指定を受ける事業の開始予定年月日

上記所在地で既に指定を受けている事業の指定年月日

上記所在地で既に指定を受けている事業があればその事業所番号を記載

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											