

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
介護保険施設

指定（許可）申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

鳥取県〇部総合事務所長 様

所在地 鳥取県鳥取市〇〇1丁目〇番地

申請者

名 称 医療法人 〇〇
理事長 〇〇 〇〇

印

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	イリヨウホクジン マルマル 医療法人 〇〇				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 680-00XX) 鳥取 県 鳥取 郡市 〇〇1丁目 〇番地 (ビルの名称等)				
		連絡先	電話番号	0 8 5 7 - 〇〇 - 〇〇〇〇	FAX 番号	0 8 5 7 - 〇〇 - 〇〇〇〇
	法人の種類	医療法人		法人所轄庁	鳥取県	
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	マルマル マルマル 〇〇 〇〇	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日
		代表者の住所	(郵便番号 680-00XX) 鳥取 県 鳥取 郡市 〇〇1丁目 〇〇番地 (ビルの名称等)			
	指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 682-00XX) 鳥取 県 倉吉 郡市 〇〇町 〇〇番地 (ビルの名称等)			
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	〇	平成〇〇年〇〇月〇〇日		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	
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						

備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（法第 7 1 条又は法第 7 2 条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第 4 条、第 5 条、第 7 条及び第 8 条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12. 4. 1」）を記載してください。

7 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番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

8 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。