

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

記載例

指定(許可)申請書

〇〇 年 △△ 月 ×× 日

栃木県知事 様

住所 **株式会社栃木県庁**
申請者

氏名 **代表取締役 栃木 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。

申請者	フリガナ	カフシキガイシャトチギケンチョウ					
	名称	株式会社栃木県庁					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 320 - 8501) 栃木 県 宇都宮 郡 塙田1-1-20					
	連絡先	電話番号	028-623-3149	FAX番号	028-623-3058		
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email	kaigohoken@pref.tochigi.lg.jp				
申請者	代表者の職名	代表取締役	フリガナ	トチギ 太郎	生年月日	昭和55年5月15日	
	代表者の住所	(郵便番号 320 - 8501) 栃木 県 宇都宮 郡 塙田1-1-20					
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		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					付表1	
	訪問入浴介護		○		〇〇年〇〇月××日	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	
	介護老人福祉施設					付表13	
	介護老人保健施設					付表14	
	介護医療院					付表15	
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護		○		〇〇年〇〇月××日	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		0 9 9 9 9 9 9 9 9		(既に指定又は許可を受けている場合)			
医療機関コード等		(保険医療機関等として指定を受けている場合)					

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 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。
- 3 既に居宅サービス事業所または介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所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予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「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。