別　記

　第１号様式（第３条関係）

指定申請書

年　　月　　日

　（宛先）流山市長

住　　　　所

申請者　法 　人 　名

代表者職氏名

介護保険法に規定する事業所等の指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の  職名・氏名・  生年月日 | 職名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等 | 名称 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとするサービス種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  |
| 事業の開始  予定年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | 実施事業 | | | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | （既に指定を受けている場合） | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 流山市受付欄 | |
| 医療機関コード等 | |  |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | |
| （備考）  　市長が別に定める書類を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注）  　申請の根拠規定は次のとおりです。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第７８条の２第１項  地域密着型サービス | | | | | | | | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設  入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 複合型サービス  （看護小規模多機能型居宅介護） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共生型地域密着型サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第７８条の２の２第１項 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第７９条第１項 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第１１５条の１２第１項  地域密着型介護予防サービス | | | | | | | | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共生型介護予防地域密着型サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第１１５条の１２の２  第１項 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第１１５条の２２第１項 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険法第１１５条の４５の５  第１項  第一号事業 | | | | | | | | | | | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | |