様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅サービス事業者等　指定・許可（更新）申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　岡　山　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　（法人にあっては，名称及び代表者氏名）

　介護保険法（平成９年法律第１２３号）に規定する指定居宅サービス事業者等の指定・許可（の更新）を受けたいので，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名　（名　称） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　　　　所  （主たる事務所の  所　　在　　地　） | | | | | | （郵便番号　　　　－　　　　　）  岡山市　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | | | | | 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　　　　－　　　　　）  　岡山市　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する事業所等 | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地又は  開設の場所 | | | | | | （郵便番号　　　　－　　　　　）  　岡山市　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | 代表電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する事業・施設の種類 | 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（開設）  予定年月日 | | | | | | | | 現に指定・許可（更新）を受けている事業等 | | | | | | | | | | | | | | | 備　考 | | | |
| 指定・許可（更新）  年月日 | | | | | | | 有効期間満了日 | | | | | | | |
| 居宅サービス事業者 | | 訪問介護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 訪問看護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 通所介護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 施設 | | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 介護医療院 | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 介護予防サービス事業者 | | | 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 | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する事業・施設の種類 | | 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（開設）  予定年月日 | | | | | | 現に指定・許可（更新）を受けている事業等 | | | | | | | | | | | | | | 備考 | |
| 指定・許可（更新）  年月日 | | | | | | 有効期間満了日 | | | | | | | |
| 地域密着型サービス事業者 | | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 地域密着型介護予防サービス事業者 | | | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  |  | |  |  |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |

備考　　 １　「受付番号」欄は，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，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　「代表者の職名・氏名・生年月日」及び「代表者の住所」欄は，申請者が法人である場合に記載してください。

４　「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。

５　「実施事業」欄は，今回申請する事業又は施設に該当する欄には「◎」，現に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」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11において準用する同法）第72条第１項の規定により，指定があったものとみなされる事業については，当該欄に「みなし」と記載してください。

６　「指定・許可申請をする事業等の事業開始（開設）予定年月日」欄は，該当する欄に指定・許可申請に係る事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。（更新の申請をする場合は，記載しないこと。）

７　「現に指定・許可（更新）を受けている事業等」の「指定・許可（更新）年月日」欄は，介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定・許可（更新）された年月日（介護保険法第71条又は（第115条の11において準用する同法）第72条第１項の規定により指定があったものとみなされた事業は保険医療機関等の指定（更新）を受けた年月日，介護保険法施行法（平成９年法律第124号）第４条，第５条，第７条又は第８条の規定により指定・許可があったものとみなされた事業については「12．4．1」）を記載してください。

８　「現に指定・許可（更新）を受けている事業等」の「有効期間満了日」欄は，更新の申請に係る事業等について現に受けている指定・許可（更新）の有効期間の満了の日を記載してください。（指定・許可の申請をする場合は，記載しないこと。）

９　「介護保険事業所番号」欄は，現に指定等を受けている場合に記載してください。

10　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現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。