様式第１号（第２条関係）

| 受付番号 | |
|---|---|

# 指定（許可）申請書

平成　　年　　月　　日

長崎県知事　　様

申請者　所在地
名　称
代表者　　印

介護保険法に規定する事業者（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　　－　　）<br>都道府県　　郡市区 | | | | | |
| | 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・氏名 | 職名 | | フリガナ | | 生年月日 | |
| | | | | 氏名 | | | |
| | 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　）<br>都道府県　　郡市区 | | | | | |
| 指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ | | | | | | |
| | 名　称 | | | | | | |
| | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　－　　）<br>長崎　都道府県　　郡市区 | | | | | |
| | 事務所連絡先 | 代表電話番号 | | | | | |

| 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 | | | | 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 |
| 居宅介護支援事業 | | | | | 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 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護保険事業所番号 | 4 | 2 | | | | | | | | | （既に指定又は許可を受けている場合） |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | | | |

（裏）

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７１条又は法第７２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。

長崎県収入証紙はり付け欄
（消印しないこと。）