様式第６９号の２(第５１条の２、第５１条の１４、第５１条の１８の２、第５１条の１９、第５１条の２５、第５１条の３３関係)

　　　　　　　　　　指定地域密着型サービス事業所指定

　　　　　　　　　　指定地域密着型介護予防サービス事業所指定

　　　　　　　　　　指定居宅サービス事業所指定

　　　　　　　　　　指定介護予防サービス事業所指定

申請書

　　　　　　　　　　指定居宅介護支援事業者指定

　　　　　　　　　　指定介護老人福祉施設指定

　　　　　　　　　　介護老人保健施設開設許可

　　　　　　　　　　介護医療院開設許可

年　　月　　日

　堺市長　殿

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者職氏名

　介護保険法に規定する事業所・施設に係る指定・開設許可を受けたいので、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　　　―　　　　) | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | ファックス番号 | |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 指定(開設許可)を受けようとする事業 | 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | 実施事業等 | | 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(許可)を受けている事業等の指定年月日 | 様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | |  | |  | |  | 付表1 |
| 地域密着型通所介護 | | | | |  | |  | |  | 付表22 |
| 認知症対応型通所介護 | | | | |  | |  | |  | 付表2 |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | |  | |  | |  | 付表3 |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | |  | |  | |  | 付表4 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | |  | |  | |  | 付表5 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | |  | |  | |  | 付表6 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |  | |  | |  | 付表20 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | |  | |  | |  | 付表21 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所・施設の種類 | 地域密着型介護予防サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表2 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表3 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表4 |
| 指定居宅サービス | 訪問介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表7 |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表8 |
| 訪問看護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表9 |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表10 |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表11 |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表12 |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表13 |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表14 |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表15 |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表16 |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表17 |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表18 |
| 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表19 |
| 指定介護予防サービス | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表8 |
| 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表9 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表10 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表11 |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表13 |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表14 |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表15 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表16 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表17 |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表18 |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表6 |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表8 |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | | |  |  |  | 付表23 |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |

備考

　１　「実施事業等」欄は、申請する事業等の欄に「○」を記入してください。ただし、既に指定又は開設許可を受けている事業等がある場合は、今回申請するものについて「◎」を、その他について「○」を、該当する欄に記入してください。

　２　「指定許可申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業又は施設の開始(開設)予定年月日を記入してください。

　３　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」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又は開発許可をされた年月日を記入してください。

　４　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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |