様式第１号の２（第２条の２関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅サービス事業所

指定介護予防サービス事業所　指定（許可）更新申請書

介護保険施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者職・氏名）

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）の更新を受けたいので、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　　　－　　　　）  　　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | 法人所管庁 | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の職・氏名  及び生年月日 | | フリガナ |  | | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | 生年月日 | |
| 職　　名 |  | | | | | | | | | 氏　　名 | | | | |  | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（許可）更新を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | | | 実施  事業 | | 既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日 | | | | | | | | | | | 既に受けている指定等  の有効期間満了日 | | | | 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 |
| 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 |
| 介護医療院 | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | 付表17 |
| 指定介護予防サービス | 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 | | | | | ３ | ２ |  |  |  |  |  |  | |  |  | （既に指定又は許可を受けている事業所番号） | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入担当者名 |  | 電話番号 |  |

備考　１　｢受付番号｣及び｢事業所所在地市町村番号｣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、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　｢代表者の職・氏名及び生年月日｣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、今回更新申請する事業又は施設の欄に｢○｣を記載してください。

　　　６　｢既に指定等を受けている事業等の指定(許可)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)された年月日を記載してください。

　　　７　｢既に受けている指定等の有効期間満了日｣欄は、介護保険法に基づく指定又は許可の有効期間の満了年月日を記載してください。

　　　８　｢介護保険事業者番号｣欄は、既に指定等を受けている事業所番号を記載してください。

　　　９　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設、介護医療院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。

　　　10　事業所ごとサービス種類ごとに作成し、提出してください。