様式第１号（第４条関係）

**高梁市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定（新規・更新）申請書**

　　年　　月　　日

高梁市長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | |  | | |
| 申　請　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　都 道 府 県 　　　　　　　　郡 市 区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　）  　　　　　都 道 府 県 　　　　　　　　郡 市 区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　岡山県　高梁市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | | 代表電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 現に指定(更新)を受けている事業 | | | | | 様式 |
| 指定(更新)年月日 | | | | 有効期間満了日 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | 総合事業ホームヘルプサービス  （旧介護予防訪問介護相当） | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | 付表１ |
| 総合事業デイサービス  （旧介護予防通所介護相当） | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | 付表２ |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | | （現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 | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | | | | | | |

（裏面があります）

【既に介護保険サービス事業所として指定を受けている場合、該当するサービスに記載すること】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 同一所在地において行う事業等の種類 | | 事業 | 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 |
| 指定を受けている事業・施設の種類 | 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 |  |  |  |  |  |
| 地域密着型 | 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 |  |  |  |  |  |
| 介護予防サービス | 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 |  |  |  |  |  |
| 地域密着 | 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 |  |  |  |  |  |

備考

1 「旧介護保険法」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法をいう。

2　「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。

3　「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。

4 「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。

5 「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。

6 「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。

7 「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。）

8　「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。

9 「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。）

10　「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。

11　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、その全てを記載してください。

12 付表は、今回申請する介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業の種類に対応したものを添付してください。