

第1号様式（その5）（第2条関係）
 （居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導の場合）
 （表）

記入しないでください。

※受付番号

指定居宅サービス事業者
 指定介護予防サービス事業者

指定
 指定更新

申請書
 提出する日付を記入してください。
 年 月 日

山口県知事様

登記事項証明書の内容と一致させてください。

郵便番号 753-0000

居宅サービスと介護予防サービスを同時に申請する場合は、両方を○で囲んでください。

申請者（開設者） 住所 山口市湊町△-0
 かぶしがいしや やまぐちかいご
 ふりがな 株式会社 山口介護
 氏名 山口太郎
 （電話）（083）933 局 ●●〇〇 番）
 （ファクシミリ）（083）933 局 ●●〇〇 番）

押印不要

下記のとおり 居宅療養管理指導に係る指定居宅サービス事業者の 指定
 介護予防居宅療養管理指導に係る指定介護予防サービス事業者の 指定の更新 を受

第70条第1項
 第70条の2第4項において準用する同法第70条第1項

けたいので、介護保険法

第115条の2第1項
 第115条の11において準用する同法第70条の2第4項において準用する同法第115条の2第1項

の規定により、関係書類を添えて申請します。

登記事項証明書の内容と一致させてください。

代表者 （開設者）	職名	代表取締役	ふりがな氏名	やまぐち たろう 山口太郎	生年月日	昭和〇年△月×日
	住所	(郵便番号 753-0000) 山口市北町〇-〇				
事業所	ふりがな名称	やまぐちちよるるやつきよく 山口ちよるる薬局				
	所在地	(郵便番号 753-0000) 山口市西町〇-〇 (電話 083-933-△△△△) (ファクシミリ 083-933-△△△△)				
管理者	ふりがな氏名	やまぐち いちろう 山口一郎	住所	(郵便番号 753-0000) 山口市北町〇-〇		
	生年月日	昭和〇年△月×日				
事業所の種別		1 病院 2 診療所 ③ 薬局				
提供する居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導の種類		薬剤師が行う居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導				
利用者の推定数		10 人				
事業に係る従業者の員数	職種	常勤	非常勤			
	医師		人	人		
	歯科医師		人	人		
	薬剤師	3	人	1	人	
	歯科衛生士		人	人		
	管理栄養士		人	人		
事業の開始の予定年月日		令和〇年〇月〇日				
現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日				

記入してください。

記入しないでください。

(裏)

山口県収入証紙貼付け欄

(消印しないこと。)

添付書類

- 1 法人にあつては、登記事項証明書又は条例等
- 2 事業所が病院又は診療所である場合にあつては、病院又は診療所の使用許可証、届書、承認書又は通知書の写し
- 3 事業所が薬局である場合にあつては、薬局の開設許可証の写し
- 4 事業所の平面図（各室の用途を明示すること。）
- 5 運営規程
- 6 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- 7 介護保険法第70条第2項各号（事業所が病院、診療所若しくは薬局である場合にあつては、第6号の2、第6号の3、第10号の2及び第12号を除く。）に該当しないこと又は同法第115条の2第2項各号（事業所が病院、診療所若しくは薬局である場合にあつては、第6号の2、第6号の3、第10号の2及び第12号を除く。）に該当しないことを誓約する書面

- 注
- 1 ※印欄は、記入しないこと。
 - 2 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
 - 3 「事業所の種別」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
 - 4 「利用者の推定数」欄は、指定居宅サービス事業者の指定又は指定の更新の申請の場合にのみ記入すること。
 - 5 「事業の開始の予定年月日」欄は、指定の申請の場合にのみ記入すること。
 - 6 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、指定の更新の申請の場合にのみ記入すること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。