

申請書 記入例(居宅療養管理指導の場合)

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

令和〇年 〇月 〇日

知事(市長)殿

所在地 山口市滝町〇-〇

登記事項証明書の内容
と一致させてください。

申請者 名称 株式会社 山口介護

代表者職名・氏名 代表取締役 山口 太郎

押印不要

登記事項証明書の内容
と一致させてください。

介護保険法に規定する事業所(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。

		法人番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9											
申 請 者	フリガナ	カブシキガイシャ ヤマグチカイゴ													
	名称	株式会社 山口介護													
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 753 - 0000) 山口 都 道 山口(市)区 滝町〇-〇 府(県) 町 村													
	連絡先	電話番号	083-000-4444 (内線)				FAX番号	083-000-4444				Email		yamaguchikaigo@0000000	
	法人等の種類	株式会社													
申 請 者	代表者(開設者)の職 名・氏名・生年月日	職名	代表取締役		フリガナ 氏 名	ヤマグチ タロウ 山口 太郎		生年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日						
	代表者(開設者)の 住所	(郵便番号 753 - 0000) 山口 都 道 山口(市)区 北町〇-〇 府(県) 町 村													
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に☑ ☐															
指 定 (許 可) を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型 サービ ス申請 時に☑	指定(許可)申 請対象事業等 (該当事業に ○)	既に指定(許 可)を受けて いる事業等 (該当事業に ○)	指定(許可)申請をす る事業等の開始予定 年月日	様 式								
	訪問介護		☐				付表第一号(一)								
	訪問入浴介護		☐				付表第一号(二)								
	訪問看護		☐				付表第一号(三)								
	訪問リハビリテーション		☐				付表第一号(四)								
	居宅療養管理指導		☐	○		令和〇年〇月〇日	付表第一号(五)								
	通所介護		☐				付表第一号(六)								
	通所リハビリテーション		☐				付表第一号(七)								
	短期入所生活介護		☐				付表第一号(八)(九)(十)								
	短期入所療養介護		☐				付表第一号(十一)								
	特定施設入居者生活介護		☐				付表第一号(十二)								
	福祉用具貸与		☐				付表第一号(十三)								
	特定福祉用具販売		☐				付表第一号(十四)								
	介護老人福祉施設		☐				付表第一号(十五)								
	介護老人保健施設		☐				付表第一号(十六)								
	介護医療院		☐				付表第一号(十七)								
	介護予防訪問入浴介護		☐				付表第一号(二)								
	介護予防訪問看護		☐				付表第一号(三)								
	介護予防訪問リハビリテーション		☐				付表第一号(四)								
	介護予防居宅療養管理指導		☐	○		令和〇年〇月〇日	付表第一号(五)								
	介護予防通所リハビリテーション		☐				付表第一号(七)								
	介護予防短期入所生活介護		☐				付表第一号(八)(九)(十)								
	介護予防短期入所療養介護		☐				付表第一号(十一)								
	介護予防特定施設入居者生活介護		☐				付表第一号(十二)								
	介護予防福祉用具貸与		☐				付表第一号(十三)								
	特定介護予防福祉用具販売		☐				付表第一号(十四)								
	介護保険事業所番号			(既に指定又は許可を受けている場合)											
医療機関コード等			(保険医療機関として指定を受けている場合)												