第1号様式(第3条第1項)

(表)

指定居宅サービス事業者等指定(許可)申請書

年　　月　　日

　(申請先)

　横浜市長

所在地

申請者　法人名

職・氏名

　介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者の指定(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(開設者) | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| 法人の種類 | |  | | | 法人の所轄庁 | | | | |  | | | | |
| 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 | | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設) | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 同一所在地内で行う事業又は施設の種類 |  | | | | | | 実施事業 | | 事業開始予定年月日 | | | | | 指定(許可)年月日 | |
| 指定居宅サービス事業 | 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 | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 指定地域密着型サービス事業 | 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 | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 指定居宅介護支援事業 | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 介護老人保健施設 | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 介護医療院 | | | | |  | |  | | | | |  | |

(A4)

(裏)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地内で行う事業又は施設の種類 |  | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 事業開始予定年月日 | 指定(許可)年月日 |
| 指定介護予防サービス事業 | 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 | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 指定地域密着型介護予防サービス事業 | 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 | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 指定介護予防支援事業 | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 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のみ記入してください。) | | |
| 医療機関コード | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

　(注意)　1　「法人の種類」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入してください。

　　　　　2　「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁(大臣、都道府県知事等)がある場合には、その名称を記入してください。

　　　　　3　「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」と、既に指定又は許可を受けているものに「○」と、指定又は許可があったものとみなされたものに「みなし」と記入してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定又は許可の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。

　　　　　4　「事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

　　　　　5　「指定(許可)年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定又は許可された年月日を記入してください。

　　　　　　なお、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条の規定に基づき指定又は許可があったものとみなされたものについては、「12．4．1」と記入してください。

　　　　　6　「医療機関コード」欄は、保険医療機関、保険薬局、介護老人保健施設又は訪問看護事業所の医療機関コードを記入してください。複数の医療機関コードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。