**（記入例）**

様式第１号（第３条関係）

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 指定居宅サービス事業者・介護保険施設・指定介護予防サービス事業者指定（開設許可）申請書 | 　 |

年　　月　　日

　　大阪府知事　　　　様

※押印不要

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者※居宅サービスの指定のみを受ける場合は、「第70条第１項」と「指定居宅サービス事業者」にのみ○をしてください。 | 主たる事務所の所在地大阪府守口市○○町１丁目○○番○○号名称　　株式会社××××　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名代表取締役　○△　×□　　　　　　　　法人以外の者にあっては、住所及び氏名 |
| 　介護保険法 | 第70条第１項第86条第１項第94条第１項第107条第１項第115条の２第１項 | の規定により、 | 指定居宅サービス事業者介護保険施設指定介護予防サービス事業者※法人登記事項証明書に記載されている法人の名称、所在地、代表者の職名、氏名及び住所 | に係る | 指定開設許可 | を |

受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請(開設)者 | フリガナ | 　カブシキガイシャ　××××× |
| 名称又は氏名 | 株式会社　××××× |
| 主たる事務所の所在地又は住所 | (郵便番号○○○―○○○○　) |
| 　大阪 | 都道府県 | 守口 | 郡市区 | 　○○町１丁目○○番○○号 |
| 申請者の連絡先 | 電話番号 | ０６－××××－×××× | FAX番号 | ０６－××××－×××× |
| 法人の種別 | ※裏面備考１を参照 | 法人の所轄庁 | ※裏面備考２を参照（営利法人（株式会社・有限会社等）は記入不要） |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ | 　○△　×□ |
| 氏名 | 　○△　×□ |
| 生年月日 | 昭和○○年○月○日生 |
| 代表者の住所 | (郵便番号○○○―○○○○)　　　　　大阪 | 都道府県 | 大阪市中央 | 郡市区 | ○○町１丁目○○番○○号 |
| 電話番号 | ０６－××××－×××× | FAX番号 | ０６－××××－×××× |

申請書裏面（備考４、５、６、７）参照

申請書裏面（備考４、５、６、７）参照

申請書裏面（備考４、５、６、７）参照

申請書裏面（備考４、５、６、７）参照

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | 事業所又は施設の所在地・連絡先 | (郵便番号○○○―○○○○　　)（裏）大阪府守口市○○町3丁目○○番○○号　○○ビル○○○号室代表電話番号　０６　－　○○○○　　－○○○○　　 |
| 同一所在地において行う事業又は施設の種類 | 実施事業又は施設 | 指定(開設許可)申請をする事業又は施設の開始(開設)予定年月日 | 既に指定等を受けている事業又は施設の指定(許可)年月日 | 添付する付表 |
| 指定居宅サービス | 訪問介護 | 　◎ | H××.×.× | 　 | 付表１ |
|  | 共生型訪問介護 |  |  |  | 付表１ |
| 訪問入浴介護 | 　 | 　申請書裏面（備考４、５、６、７）参照 | 　 | 付表２ |
| 訪問看護 | 　※備考３，４，５，６を参照 | 　 | 　 | 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 |
|  | 共生型通所介護 |  |  |  | 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の1、付表8の2 |
|  | 共生型短期入所生活介護 |  |  |  | 付表8の1、付表8の2 |
| 短期入所療養介護 | 　 | 　 | 　 | 付表９ |
| 特定福祉用具販売 | 　 | 　 | 　 | 付表10 |
| 特定施設入居者生活介護 | 　 | 　 | 　 | 付表11 |
| 福祉用具貸与 | 　○ | 　 | H××.×.× | 付表12 |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | 　 | 　 | 　 | 付表13 |
| 介護老人保健施設 | 　 | 　 | 　 | 付表14 |
| 介護医療院 | 　 | 　 | 　 | 付表15 |
| 介護療養型医療施設 | 　 |
| 　 | 療養病床を有する病院・診療所 | 　 | 　 | 　 |  |
| 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | 　 | 　 | 　 |  |
| 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※障害サービスの指定を受けている事業所のみ、どちらかを選択してください。 | 　 | 　 | 　 | 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の1、付表8の2 |
|  | 共生型介護予防短期入所生活介護 |  |  |  | 付表8の1、付表8の2 |
| 介護予防短期入所療養介護 | 　 | 　 | 　 | 付表９ |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 　 | 　 | 　 | 付表10 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 　 | 　 | 　 | 付表11 |
| 介護予防福祉用具貸与 | 　○ | 　 | H××.×.×　 | 付表12 |
| 共生型居宅サービス事業者・共生型介護予防サービス事業者の特例の適用 | 受ける・受けない | 既に指定を受けている対象事業 | 児童福祉法 | 児童発達支援・放課後等デイサービス | 指定年月日 |
| 障害者総合支援法 | 居宅介護・重度訪問介護・生活介護・自立訓練・短期入所 |  |
| 介護保険事業所番号 | 2 | 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定又は開設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) |
| 備考１　「法人の種別」の欄には、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」等の別を記入すること。　　２　「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁(大臣、都道府県知事等)の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。　　３　「実施事業又は施設」の欄には、今回申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入すること。なお、複数のサービスを同時に申請する場合は、この申請書により申請するものについて該当する欄に「◎」を、別の申請書により申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて該当する欄に「○」を記入すること。　　４　「指定(開設許可)申請をする事業又は施設」の欄には、該当する欄に事業又は施設の開始(開設)予定年月日を記載すること。　　５　「既に指定等を受けている事業又は施設」の欄には、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定又は開設許可された年月日(介護保険法第71条の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては保険医療機関等の指定を受けた年月日、同法第72条又は旧介護保険法第72条の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第４条、第５条、第７条及び第８条の規定に基づき指定又は開設許可があったものとみなされたものについては「12．４．１」)を記載すること。　　６　保険医療機関、保険薬局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」の欄に記載すること。 |