

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

(宛先) 五島市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

介護保険法第46条第1項の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。

申 請 者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
	法人の種類別				法人所轄庁		
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名			フリガナ		
					氏名	年 月 日生	
	代表者の住所	(郵便番号 -)					
す 指 定 を 受 け よ う と 事 業 所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	事業開始予定年月日	年 月 日					
	既指定年月日	年 月 日					
介護保険事業所番号						(既に指定を受けている場合)	
医療機関コード等							

備考

- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「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、公益社団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください。
- 3 「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入してください。
- 4 「既指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。
- 5 「医療機関コード等」欄は、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既に医療機関コード等が付番されている場合に記入してください。この場合において、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入してください。
- 6 次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 次の事項を記載した書類
 - ア 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - イ 当該申請に係る事業の開始時の利用者の推定数
 - ウ 運営規程
 - エ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - オ 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態
 - カ 当該申請に係る事業に係る資産の状況
 - キ 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容
 - ク 当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項
 - ケ 役員の氏名、生年月日及び住所
 - コ 介護保険法第79条第2項各号の欠格事由に該当しないことを誓約する書面
 - サ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
 - シ その他指定に関し市長が必要と認める事項