様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 受付番号 |  |
|  | 指定地域密着型サービス事業所  指定地域密着型介護予防サービス事業所 | 指定申請事前協議書 | | |

　　年　　月　　日

　登米市長　　　　　　　　　　殿

所在地

申請者名称　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所の指定を受けたく、下記のとおり事前協議します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | 指定申請を予定する事業の開始予定年月日 | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | 様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表1 |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表2 |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表3 |
| 認知症対応型共同介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表4 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表5 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表6 |
| 地域密着型介護予防サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表2 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表3 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表4 |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | | (既に指定を受けている場合) | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　　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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別の記入してください。

　　　3　「法人所轄庁」欄、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載してください。