

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

令和 6 年 4 月 1 日

立川 市(区・町・村)長殿

所在地 立川市錦町〇-〇-〇

申請者 名称 株式会社〇〇総合事業

代表者職名・氏名 代表取締役 立川 花子

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇ソウゴウジギョウ											
	名称	株式会社〇〇総合事業											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 190 - 0000)	東京	都	道	立川	市	区	錦町〇-〇-〇	町	村		
	連絡先	電話番号	042-000-0000 (内線) 0000			FAX番号	042-000-0000						
		Email	〇〇〇@〇〇〇.co.jp										
	法人等の種類	営利法人											
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	タチカワ ハナコ			生年月日	昭和〇〇年〇月〇日				
	氏名	立川 花子											
代表者の住所	(郵便番号 190 - 0000)	東京	都	道	立川	市	区	泉町〇〇〇〇-〇	町	村			
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☐												<input type="checkbox"/>	
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式								
	介護予防訪問介護相当サービス	立川市においては、「指定を受けようとする事業所の種類」欄の記載について、「介護予防通所介護相当サービス」は通所型サービス(1日デイ)、「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」は通所型サービス(半日デイ)に読み替えて使用します。			令和6年4月1日	付表第三号(一)							
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)	○											
	緩和した基準による通所型サービス(定額)												
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護	※通所型サービス(1日デイ) 5時間以上実施する場合 基準該当 通所型サービス(半日デイ) 3時間以上5時間未満実施する場合			付表第三号(二)								
	通所介護	○											
	基準該当通所介護												
	地域密着型通所介護												
介護保険事業所番号	1 3 7 3 〇 〇 〇 〇 〇 〇 (既に指定又は許可を受けている場合)												
指定を受けている他市町村名	国分寺市												
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

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。
- 「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。
- 「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」「緩和した基準による通所型サービス(定率)」「緩和した基準による通所型サービス(定額)」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。