

記載例

指定申請書

2024 年 4 月 1 日

加古川市長殿

所在地 兵庫県加古川市〇〇町〇〇111-1

- ・申請者＝法人情報
- ・代表者の職名も記入
- ・代表者印は不要です

申請者 名称 株式会社 〇〇

代表者職名・氏名 株式会社 〇〇

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				
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ 〇〇				
	名称	株式会社 〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 675 - 0000) 兵庫県 加古川市 〇〇町 〇〇333-3				
	連絡先	電話番号	012-345-678 (内線) 0000	FAX番号	012-345-679	
		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 〇〇 〇〇 氏名 〇〇 〇〇	生年月日 〇〇年〇月〇日	
	代表者の住所	(郵便番号 675 - 0000) 兵庫県 加古川市 〇〇町 〇〇333-3				
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に ☒						
指定事業を受けようとする	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	○		2024年6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訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス			加古川市の指定を希望するサービスの該当欄に「○」し指定希望日を記入してください	付表第三号(二)	
	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)					
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	○			既に指定を受けている場合は、サービスの該当欄に「○」してください(該当事業所のみ)	
	基準該当訪問介護					
	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		2 8 0 0 0 0 0 0 0 0 (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						
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。