

第1号様式（第2条関係）

※受付番号

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

香川県知事 殿

申請者 住所氏名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

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）の指定（開設許可）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。

※事業所所在地市町番号

申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
者	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日	
	代表者（開設者）の住所	(郵便番号 ー ) (ビルの名称等)				
指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類	フリガナ					
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 ー ) (ビルの名称等)				
指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日）	既に指定（許可）を受けている事業等（指定（許可）年月日）	備考	
	居宅サービス	訪問介護				
		共生型訪問介護				
		訪問入浴介護				
		訪問看護				
		訪問リハビリテーション				
		居宅療養管理指導				
		通所介護				
		共生型通所介護				
		通所リハビリテーション				
		短期入所生活介護				
		共生型短期入所生活介護				
		短期入所療養介護				
		特定施設入居者生活介護				
		福祉用具貸与				
		特定福祉用具販売				
	施設	介護老人福祉施設				
		介護老人保健施設				
		介護医療院				
	介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護				
	介護予防訪問看護					
	介護予防訪問リハビリテーション					
	介護予防居宅療養管理指導					
	介護予防通所リハビリテーション					
	介護予防短期入所生活介護					
	共生型介護予防短期入所生活介護					
	介護予防短期入所療養介護					
	介護予防特定施設入居者生活介護					
	介護予防福祉用具貸与					
	特定介護予防福祉用具販売					
介護保険事業所番号			(既に指定又は許可を受けている場合)			
医療機関コード等						

(裏面)

- 備考
- 1 ※印の欄には、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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「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 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。  
なお、今回の申請に伴い、介護保険法第72条第1項（同法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定に基づき、指定があったものとみなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記入してください。
  - 5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。
  - 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、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（許可）された年月日（介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされたときは保険医療機関等の指定等を受けた年月日、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（許可）があったものとみなされたものについては「H12. 4. 1」）を記入してください。  
なお、共生型居宅サービス、共生型介護予防サービスの申請をする場合は、児童福祉法又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定があった年月日を記入してください。
  - 7 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は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。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。
  - 8 この申請書には、指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。

※受付番号

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

令和△年▲月×日

香川県知事 殿

申請者 住所 香川県高松市番町4丁目1番10号  
 株式会社○●  
 氏名 代表取締役 香川 太郎  
 [法人にあつては、主たる事務所の  
 所在地、名称及び代表者の氏名]

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）の指定（開設許可）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。

※事業所所在地市町番号

申請者	フリガナ	カブシキガイシヤマルマル				
	名称	株式会社○●				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号760-8570) 香川県高松市番町4丁目1番10号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	087-888-1234	FAX番号	087-888-2345	
者	法人の種類	株式会社	法人所轄庁	法務省		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ氏名	カガワ タロウ 香川 太郎	生年月日 昭和●年△月◇日
	代表者（開設者）の住所	(郵便番号760-8570) 香川県高松市番町○△■ (ビルの名称等)				
指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類	フリガナ	マルマルホウモンカンゴジギョウシヨ				
	名称	○●訪問看護事業所				
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号760-8570) 香川県高松市番町◇×△ (ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可）申請をする事業等（事業開始予定年月日）	既に指定（許可）を受けている事業等（指定（許可）年月日）	備考	
	居宅サービス	訪問介護				
		共生型訪問介護				
		訪問入浴介護				
		訪問看護	○	R△/○/◆		
		訪問リハビリテーション				
		居宅療養管理指導				
		通所介護				
		共生型通所介護				
		通所リハビリテーション				
		短期入所生活介護				
	施設介護予防サービス	共生型短期入所生活介護				
		短期入所療養介護				
		特定施設入居者生活介護				
		福祉用具貸与				
		特定福祉用具販売				
		介護老人福祉施設				
介護老人保健施設						
介護医療院						
介護予防訪問入浴介護						
介護予防訪問看護		○	R△/○/◆			
介護予防訪問リハビリテーション						
介護予防居宅療養管理指導						
介護予防通所リハビリテーション						
介護予防短期入所生活介護						
共生型介護予防短期入所生活介護						
介護予防短期入所療養介護						
介護予防特定施設入居者生活介護						
介護予防福祉用具貸与						
特定介護予防福祉用具販売						
介護保険事業所番号						(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等						