　　　　年　　月　　日

　川南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)

指定居宅介護支援事業者指定申請書

　介護保険法第７９条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定（開設許可）を、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　（　開　設　）　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　(電話番号　　　　　　　　　FAX番号　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メール等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | |
| 代表者の職  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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の名称等 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　(電話番号　　　　　　　　　FAX番号　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| メール等 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者推定数 | | 人　　　　　事業開始予定年月日　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | 事業所区分 | | |  | | |

備考

１　「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」、「有限会社」等の別を記入してください。

２　「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

３　「医療機関コード」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あっては、そのコードを記入してください。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。

添付書類

１　同一所在地において行う他の指定居宅サービス事業がある場合はその一覧

２　申請者の登記事項証明書又は条例等

３　事業所の平面図

４　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴

５　運営規程

６　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

７　従業者の勤務体制及び勤務形態

８　関係市町村及び他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容

９　誓約書

１０　その他指定に関し必要と認めるもの