|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 | ※ |

指定市町村事務受託法人指定申請書

年　　月　　日

　　　神奈川県知事殿

住　　所

申請者

氏　　名（法人にあっては、名称

及び代表者の氏名）　　印

　　介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事務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 | | （〒　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | | | | | |  | | | | |
| 代表者の役職名・ 氏名・生年月日 | | 役職名 | | | | | |  | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | | | | （生年月日　年　月　日） | | | | | | |
| 代表者の住所 | | （〒　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事務所 | 事務所の所在地 | | （〒　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | | |
| 指定を受けようとする事務 | | | | | | | | 法第24条の２第１項第１号に規定する事務（照会等事務） | | | | | | | | | | | | | 開始予定年月日 | |
|  | |
| 法第24条の２第１項第２号に規定する事務（要介護認定調査事務） | | | | | | | | | | | | | 開始予定年月日 | |
|  | |
| 既に指定等を受けている事業等の種類 | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | | | 既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日 | | | | | |
| 居　宅　サ　ー　ビ　ス | 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 地域密着型 サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 複合型サービス | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 施　設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | |  | |  | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | | | | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  |  | |  |  | | |  |  |  | | | |  | | | |

　備考　１　※印欄は、記入しないでください。

　　　　２　「法人の種別」欄は、「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、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。

　　　　４　「指定を受けようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　　５　「実施事業」欄は、既に指定等を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　　６　「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保健施設として指定（許可）された年月日（同法第71条又は第72条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、「12.４.１」）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、そのすべてを記入してください。

　　　　８　申請に当たっては、付表を添付してください。