様式第１号（第２条関係）

**指定居宅サービス事業者等指定・介護老人保健施設等開設許可申請書**

年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人以外にあっては、住所及び氏名）

　介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）を受けたいので、介護保険法第７０条第１項（同法第７９条第１項、第８６条第１項、第９４条第１項、第１０７条第１項、第１１５条の２第１項）の規定により、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 | | | | | | | | １８２０１ |
| １　申　請　者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | |  | | | | | | |
| 代表者の職名･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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　指定（許可）を受けようとする事業所（施設） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| E-mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | 申請に係る事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | | 既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日 | | |
| 指定居宅サービス | 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 | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 指定介護予防サービス | 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 | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 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) | | | | | | |
|  | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | |

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」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記載してください。

２　「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載してください。

３　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に「○」を記載してください。

４　申請に係る事業所又は施設が法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局である場合には、「代表者の住所」欄には開設者の住所を記載してください。

５　「申請に係る事業等の事業開始予定日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

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ときは「１２．４．１」）を記載してください。

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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

８　 この申請書には、事業の種類ごとに市長が定める書類を添付してください。

９　 既に居宅サービス事業者の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合において、既に市に提出した事項に変更がないときには、下記の事項を除いて、当該事項に係る申請書の記載を省略できます。また、既に介護予防サービス事業者の指定を受けている事業者が、居宅介護サービス事業者の指定を受ける場合においても同様に申請書の記載を省略できます。

　　（1）事業所の名称及び所在地

（2）申請者の名称及び主たる事務所の所在地

（3）代表者の職名、氏名、生年月日及び住所

（4）当該申請に係る事業の開始の予定年月日

１０　 障害児通所支援又は障害福祉サービス事業者の指定を受けている者が、居宅サービス又は介護予防サービス事業者の指定を受ける場合において、既に市に提出した下記の事項に変更がないときには、当該事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略できます。

　　（1）申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書

　　（2）事業所又は建物の平面図

（3）事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴

（4）利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

（5）当該申請に係る事業に係る資産の状況

１１　 １０に定めるほか、障害福祉サービス事業者の指定を受けている者が、訪問介護事業者の指定を受ける場合において、既に市に提出したサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴に変更がないときには、当該事項に係る書類の提出を省略できます。

１２　１０に定めるほか、 障害児通所支援又は障害福祉サービス事業者の指定を受けている者が、通所介護事業者の指定を受ける場合において、既に市に提出した設備の概要に変更がないときには、当該事項に係る書類の提出を省略できます。

１３　１０に定めるほか、障害福祉サービス事業者の指定を受けている者が、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護事業者の指定を受ける場合において、既に市に提出した下記の事項に変更がないときには、当該事項に係る書類の提出を省略できます。

（1）建物の構造及び設備の概要

（2）協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容