様式第3号(第4条・第5条・第6条・第7条・第8条関係)

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

　　　　基準該当居宅サービス事業所・基準該当介護予防サービス事業所

　　　　基準該当居宅介護支援事業所　　　　登録申請書

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 安来市長　様 | 所在地  申請者  名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　基準該当サービス事業所(基準該当居宅介護支援事業所)として登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 法人である場合その種類 | |  | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | 職名 | | | | | | |  | | | | | | | | | フリガナ |  | | | |
|  | | | | | | | | | 氏名 |  | | | |
| 代表者の住所 | | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けようとする事業所 | 事業所等の所在地 | | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | 実施事業 | | | | 登録申請する事業等の事業開始年月日 | | | | | | | | | 既に基準該当サービス事業の登録を受けている事業等の事業開始年月日 | | | 様式 |  | |
| 訪問介護 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表1 |
| 訪問入浴介護 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表2 |
| 通所介護 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表3 |
| 福祉用具貸与 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表4 |
| 居宅介護支援 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表5 |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表2 |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表4 |
| 介護予防支援 | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表5 |
| 基準該当事業所番号 | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | (既に登録を受けている場合) | | | | | |
| 登録を受けている区市町村 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | |
| 既に指定等を受けている事業 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | | | |