

指定地域密着型サービス事業者(指定地域密着型介護予防サービス事業者)指定申請書

(宛先)  
輪島市長

所在地  
申請者 名 称  
代表者

指定地域密着型サービス事業者(指定地域密着型介護予防サービス事業者)の指定を受けた  
いので、介護保険法第78条の2第1項(第115条の12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。

申 請 者	フリガナ 名 称	-----						
	主たる事務所の所在地	(〒 - ) ----- (ビルの名称等)						
	連絡先	TEL				FAX		
	法人の種別				法人所轄庁			
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	フリガナ 職名	-----	フリガナ 氏名	-----	生年 月日		
	代表者の住所	(〒 - ) ----- (ビルの名称等)						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ 名 称	-----						
	事業所の所在地	(〒 - ) ----- (ビルの名称等)						
	同一所在地において行う事業の種類	実施 事業	指定申請をする事業の 開始予定年月日	すでに指定を受けている 事業の指定年月日				
	夜間対応型訪問介護							
	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							
	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								
介護保険事業所番号						(すでに指定済みの場合のみ記載)		
医療機関コード								