様式第１号（第４条、第５条、第６条、第７条、第８条、第９条関係）

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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  基準該当介護予防支援事業所 | 登録申請書 |

年　　月　　日

　飛騨市長　あて

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　　印

　基準該当　　　　　　　　　　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　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| 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 | | | | 登録申請をする事業等  の事業開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 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 |  |
| 介護予防訪問介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表１ |  |
| 訪問入浴介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表２ |  |
| 介護予防訪問入浴介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表２ |  |
| 通所介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表３ |  |
| 介護予防通所介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表３ |  |
| 福祉用具貸与 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表４ |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表４ |  |
| 短期入所生活介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表５ |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表５ |  |
| 居宅介護支援 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表６ |  |
| 介護予防支援 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | 付表６ |  |
| 基準該当事業所番号 | |  |  |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | （既に登録を受けている場合） | | | |
| 登録を受けている市区町村 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |

　備考１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　　２　「法人である場合その種別」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」等の別を記入してください。

　　　３　「法人所轄庁」欄、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。

　　　４　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に登録を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　５　「登録申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記載してください。

備考１　「受付番号」、「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

（裏）

　　２　「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」等の別を記入してください。

　　３　「法人所轄庁]欄、申請（開設）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。

　　４　「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入して<ださい。

　　　 なお、今回の申請に伴って、法第72条第１項の規定に基づき、指定があったものと

みなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記載して<ださい。

　　５　「指定（認可）申請をする事業等」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<ださい。

　　６　「既に基準該当サービス事業所とし登録を受けている事業等の事業開始年月日」欄は当該市町村において基準該当サービス事業所として登録を受けた年月日を記載してください。

　　７　「基準該当事業所番号」欄については、申請を行う市町村又は他の市町村において既に事業所としての登録を受け、番号が付番されている場合には、そのコードを記載してください。複数のコードを有する場合には、適宣様式を補正して、そのすべてを記載してください。

　　８　「登録を受けている区市町村」欄については、既に基準該当事業所として登録を受けたことがある市町村についてその名称を記載してください。

　　９　指定事業所として既に介護保険事業所番号が付番されている場合には、そのコードを「介護保険事業所番号」欄に記載してください。複数のコードを有る場合には、適宣様式を補正して、そのすべてを記載してください。

　　10　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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宣様式を補正して、そのすべてを記載してください。

　　11　既に指定等を受けている事業」欄については、指定事業所として指定を受け（みなしによる指定を含む。）、実施している事業の種類について記載してください。