様式第１号(第３条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 基準該当居宅サービス等・基準該当居宅介護支援等事業所登録申請書 |  |

年　　月　　日

　津山市長　　　　殿

申請者　所在地

名称

代表者氏名

　基準該当(居宅サービス・介護予防サービス・居宅介護支援・介護予防支援)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　　　　―　　　　)  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| Ｅmail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の氏名，生年月日及び職名 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 職名 | | | |  |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　―　　　　)  　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けようとする事業所 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 登録申請  対象事業  （該当事業に○） | | | | | | | 既に基準該当事業所の登録  を受けている事業等  （該当事業に○） | | | | | | | | | | 登録申請をする事業等の事業開始予定年月日 | |
| 訪問介護等 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 訪問入浴介護等 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 通所介護等 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 短期入所生活介護等 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 福祉用具貸与等 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 居宅介護支援等 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 基準該当事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | (既に登録を受けている場合) | | | |
| 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) | | | |
| 医療機関コード等 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |

備考　１　「基準該当事業所番号」欄については，当市又は他の市区町村において既に事業所としての登録を受け，番号が付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，適宜様式を補正して，その全てを記載してください。

２　指定事業所として既に介護保険事業所番号が付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。

３　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。