指定介護予防支援事業者

指定地域密着型（介護予防）サービス事業者　指定事前協議申出書

　　年　　月　　日

（宛先）知多北部広域連合長

所在地

申出者 名　称

代表者職・氏名

介護保険法に規定する事業者に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて事前協議を申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　出　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | |  | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| メールアドレス | | |  | | | | |
| 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 | | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | |
| 事　業　所 | 所在予定地 | | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | 実施  事業 | 指定申出をする事業の  開始予定年月日 | | |
| 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |  |  | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | |  |  | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | |  |  | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | |  |  | | |
| 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 | | | | |  |  | | |
| サービス  介護予防  地域密着型 | 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 | | | | |  |  | | |
| 介護予防支援 | | | | | |  |  | | |

備考

１　「法人の種別」欄は、申出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｡

２　「法人所轄庁」欄は、申出者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

３　「実施事業」欄は、今回申出するものに「○」を記入してください。

４　「指定申出をする事業の開始予定年月日」欄は、事業の開始予定年月日を記入してください。