

(別記)様式第12号(第12条関係)

法人の所在地、法人名、及び代表者名の職・氏名を記入。

指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者
指定居宅介護支援
介護保険施設

指定申請書

該当するものを1つ囲む。
※複数のサービスを申請する場合は申請書はそれぞれ必要となります。

平成〇〇年 4月25日

広島県知事様

所在地
(法人にあっては法人の所在地)

広島市中区基町〇番〇〇号

申請者

社会福祉法人 〇〇会

名称
(法人にあっては名称及び代表者職氏名)

理事長 □□ △△



介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する事業者(施設)に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

※事業所所在地市町番号

法人の代表者印(印鑑登録してあるもの)を押印。

申請(開設)者	フリガナ	シヤカイフクシホウジン 〇〇カイ				
	名称	社会福祉法人 〇〇会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 広島県 都道府県 広島 郡市 区 中区基町〇番〇〇号				
	申請者連絡先	電話番号	082-000-0000	FAX番号	082-000-9999	
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	法人の種類	社会福祉法人		法人の所轄庁	広島県	
	代表者(開設者)の職・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	□□ △△	
	代表者(開設者)の住所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 広島県 都道府県 福山 郡市 区 ××町×丁目××番××号				
	フリガナ	☆☆ホウモンカイゴジギョウシヨ				
指定を受けようとする事業所・施設の種類	事業所・施設の名	☆☆訪問介護事業所				
	事業所等の所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 広島県 広島 郡市 区 安佐北区××町×丁目××番××号				
	事業所連絡先	代表電話番号			FAX番号	
	訪問介護	〇	平成〇〇年6月1日			
	訪問入浴介護		指定を受けようとする事業の事業開始予定年月日(指定予定日)を記入。 ※広島県では毎月1日付けの指定です。			
	訪問看護					
	訪問リハビリテーション					
	居宅療養管理指導					
	通所介護	〇	平成〇〇年11月1日			
	通所リハビリテーション					
短期入所生活介護						
短期入所療養介護						
特定施設入居者生活介護						
介護予防訪問入浴介護						
介護予防訪問看護						
介護予防訪問リハビリテーション						
介護予防居宅療養管理指導						
介護予防通所介護						
介護予防通所リハビリテーション						
介護予防短期入所生活介護						
介護予防短期入所療養介護						
介護予防特定施設入居者生活介護						
介護予防福祉用具貸与						
特定介護予防福祉用具販売						
居宅介護支援						
介護老人福祉施設						
介護老人保健施設						
介護療養型医療施設						
介護保険事業所番号	3 4 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 (既に指定を受けている場合)					
医療機関コード等	事業所区分					

他の事業所と混同するような名称は使用できません。

指定を受けようとする事業の事業開始予定年月日(指定予定日)を記入。
※広島県では毎月1日付けの指定です。

既に同一所在地で指定を受けている場合、その指定年月日を記入。

既に同一所在地で指定を受けている場合、その事業所番号を記入。