

(表)

受付番号

指定居宅サービス事業者
指定居宅介護支援事業者
介護保険施設
指定(許可)申請書

年 月 日

東京都知事 殿

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名

印

介護保険法に規定する事業者(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市区町村番号

申請 (開設) 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区				
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号	
指定を受けようとする事業所・施設の種類	法人の種類			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 -) 都道 郡市 府県 区				
	フリガナ					
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区				
	事業所連絡先	電話番号				
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定(許可)申請をする事業等 (事業開始予定年月日)	既に指定等を受けている事業等 (指定(許可)年月日)	様式
	指定居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		痴呆対応型共同生活介護				付表10
	特定施設入所者生活介護				付表11	
	福祉用具貸与				付表12	
施設	居宅介護支援事業者				付表13	
	介護老人福祉施設				付表14	
	介護老人保健施設				付表15	
	介護療養型医療施設					
	療養病床を有する病院・診療所				付表16	
	老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院				付表16	
法人番号	(申請法人が法人番号を付与されている場合)					
介護保険事業者番号	1 3	(当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					