様式第1号(第3条関係)

　　年　　月　　日

沖縄県介護保険広域連合長　殿

所在地

申請者 名称 　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者氏名

広域連合離島等相当サービス事業者登録申請書

離島等相当サービス事業所として登録を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | 登録申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 既に登録を受けている事業の  登録年月日 | | | 様　式 |
| ●居宅介護サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
| ●介護予防サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |
| ●地域密着型サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| ●地域密着型介護予防サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| ●居宅介護支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| ●介護予防支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| ●指定事業者による第一号事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | |

備考１「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

６「既に登録を受けている事業の登録年月日」欄は、離島等相当サービス事業者として登録された年月日を記載してください。

７　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。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。