

# 指定申請予約申込書

記入日 年 月 日

申請者	(フリガナ)		
	法人名称		
	法人所在地	〒 —	
	(フリガナ)		
	法人代表者職・氏名		
	電話番号		
	FAX番号		
事業所情報	申請予定事業所名称		開設予定年月日
	申請予定事業所住所		令和 年 月

申請する事業種別(申請するサービスに○、申請しないサービスに×をつけてください)

	要介護者にかかるサービス	要支援者にかかるサービス
1	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防型訪問サービス <input type="checkbox"/> 生活援助型訪問サービス
2	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護
3	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護
4	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション
5	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与
6	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売
7	<input type="checkbox"/> 通所介護(※利用定員 人)	<input type="checkbox"/> 介護予防型通所サービス <input type="checkbox"/> 短時間型通所サービス
8		<input type="checkbox"/> 選択型通所サービス
9	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	
10	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護

※締切日以降に、申請する事業種別の増減はできませんのご注意ください。

・来庁による申請となります。(初回受付期間内で第3希望まで記入・時間指定不可)

申請予約日	第1希望	第2希望	第3希望
	月 日	月 日	月 日

※申請予約日は期間に余裕をもって記入してください。

※指定申請事務手数料は、申請書類を受付けた時から発生します。

担当者氏名		連絡先	
-------	--	-----	--