

指定申請予約申込書

記入日 令和〇年〇月〇日

申請者	(フリガナ)	カブシキガイシャセンバオオサカマルマル		
	法人名称	株式会社船場大阪〇〇		
	法人所在地	〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 大阪市〇区〇〇町〇丁目〇番〇号		
	(フリガナ)	オオサカマルマル		
	法人代表者職・氏名	代表取締役	大阪〇〇	
	電話番号	00-0000-0000	開設予定年月を記入	
	FAX番号	00-0000-0000		
事業所情報	申請予定事業所名称	〇〇訪問介護事業所	開設予定年月	
	申請予定事業所住所	大阪市〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	令和 〇年 〇日	

申請するサービスに〇、申請しないサービスに×

1	<input type="radio"/> 訪問介護	<input type="radio"/> 介護予防型訪問サービス	×	生活援助型訪問サービス
	<input type="radio"/> 共生型の指定	←共生型の指定を受ける場合に〇		
2	<input type="radio"/> 訪問入浴介護	共生型の指定を申請する場合は〇		
3	<input type="radio"/> 訪問看護	申込締め切り後に申請するサービスの変更はできませんのでご注意ください		
4	<input type="radio"/> 福祉用具貸与			
5	<input type="radio"/> 特定福祉用具販売	×	特定介護予防福祉用具販売	
6	<input type="radio"/> 通所介護	<input type="radio"/> 介護予防型通所サービス	<input type="radio"/> 短時間型訪問サービス	
	<input checked="" type="radio"/> 共生型の指定	←共生型の指定 空白にしないでください		
7	<input type="radio"/> 選択型通所サービス			
8	<input type="radio"/> 居宅介護支援			
9	<input type="radio"/> 短期入所生活介護	<input type="radio"/> 介護予防短期入所生活介護		
	<input type="radio"/> 共生型の指定	←共生型の指定を受ける場合に〇		

※締切日以降に、申請する事業種別の増減は、必ず第3希望日まで記入願います
 ・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・時間外不可)

申請予約日	第1希望	第2希望	第3希望
日中つながる連絡先を記入願います	× 日	〇 月	◆ 日

担当者氏名	〇〇〇〇	連絡先	00-0000-00000
-------	------	-----	---------------