様式第2号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定を不要とする旨の申出書  年　　月　　日  　　大阪市長　　　　様  主たる事務所の所在地  開設者　名称  代表者の職・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 法人以外の者にあっては、住所及び氏名 | | | | | | | | | |
| 介護保険法 | | 第71条第1項ただし書  第72条第1項ただし書  第115条の11において準用する同法第71条第1項ただし書  第115条の11において準用する同法第72条第1項ただし書 | | | | | | | | | | | | | | | | の規定によ | | | |
| り、次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 事業所(施設) | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 種別 | | | | 1　病院 | | | 2　診療所 | | | | | | | 3　薬局 | | | |
| 4　介護老人保健施設 | | | | | | | | 5　介護医療院 | | | | | |
| 開設の場所  (所在地) | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申出に係る居宅サービス・介護予防サービスの種類 | | 1 | 訪問看護 | | | | | | | 6 | | 介護予防訪問看護 | | | | | | | |
| 2 | 訪問リハビリテーション | | | | | | | 7 | | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | |
| 3 | 居宅療養管理指導 | | | | | | | 8 | | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | |
| 4 | 通所リハビリテーション | | | | | | | 9 | | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | |
| 5 | 短期入所療養介護 | | | | | | | 10 | | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | |  | |  |  | |  |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| 介護保険事業所番号 | | 2 | | 7 |  | |  |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| 備考　指定を不要とする申出を行う居宅サービス・介護予防サービスについて、○印を付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |