フォームの始まり



フォームの終わり

共生型サービス事業者の特例による指定を不要とする旨の申出書

年　　月　　日

　　尼　崎　市　長　様

申請者　主たる事務所の所在地

名称

代表者の職名及び氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり | 指定居宅サービス | について介護保険法 | 第72条の２第１項 |
| 地域密着型サービス事業  指定介護予防サービス | 第78条の２の２第１項  第115条の２の２第１項 |
| に規定する特例による指定を不要とするので、同項ただし書の規定により申し出ます。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名　称 |  | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | |
| 尼崎市 | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 指定を受けている  サービスの種類 | | サービス種類 | | | | 事業所指定番号 |
| 障害児  通所支援 | | □ | 児童発達支援 |  |
| □ | 放課後等デイサービス |
| 障害福祉  サービス | | □ | 居宅介護 |  |
| □ | 重度訪問介護 |
| □ | 生活介護 |
| □ | 短期入所 |
| □ | 自立訓練 |
| 管理者 | 氏　名 |  | | | | |
| 住　所 |  | | | | |
| 特例による指定を不要とするサービスの種類 | | □ | 訪問介護 | | | |
| □ | 通所介護 | | | |
| □ | 地域密着型通所介護 | | | |
| □ | 短期入所生活介護 | | | |
| □ | 介護予防短期入所生活介護 | | | |
| □ | 専門型訪問サービス | | | |
| □ | 標準型訪問サービス | | | |
| □ | 介護予防型通所サービス | | | |

備考　「指定を受けているサービスの種類」欄及び「特例による指定を不要とするサービスの種類」欄は、該当するサービスの□にレ印を付してください。