提出日　　年　　月　　日

指定申請事前相談票

事業者名（法人名）	
事業所名	
事業所所在地	都　　区市 県　　町村
指定希望日	西暦　　年　　月　　日 （希望日の４月前までに事前相談すること）
申請するサービス	□　居宅介護支援　　□　介護予防支援 □　地域密着型通所介護　□　（介護予防）認知症対応型通所介護 □　国基準型指定第１号訪問事業（Ａ２） □　市基準型指定第１号訪問事業（Ａ３） □　国基準型指定第１号通所事業（Ａ６） □　市基準型指定第１号通所事業（Ａ７）
併設サービス	□　訪問介護　　□　通所介護 □　その他（　　）

営業日時（週）	日	月	火	水	木	金	土	祝	営業時間

サービス提供時間 （単位ごと）	（通所のみ）
定員／面積	人　／　　㎡　　（通所のみ）
添付書類	□　事業所の平面図　〔必須〕 □　その他、実施予定の事業についてわかるもの　〔任意〕 （事業計画書や既存事業のパンフレット等）
定款及び登記事項証明書	□　指定を受けようとする事業の記載がある
書類の提出締切日	**指定希望日３か月前の末日まで** **不備があった場合は翌月以降の指定になります**
書類作成担当者	
電話番号	
メールアドレス	
主任介護支援専門員（居宅のみ）	**居宅介護支援事業所の開設には主任介護支援専門員の配置が必要です。**

※事前相談には、開設後も事業に携わる方（例：管理者就任予定者）がお越しください。

※この指定申請事前相談票の有効期限は、市受領月から３か月後の月末までです。
　期限を過ぎた場合、再度の提出が必要となりますのでご注意ください。

※新規申請の届出は原則**電子申請・届出システムでの受付**になります。