

(第1号様式別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

| 法律の名称 | 事業等の種類     | 指定年月日        | 事業所番号 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|------------|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険法 | 訪問介護       | 令和元年6月1日(予定) |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険法 | 居宅介護支援     | 平成23年7月1日    | 2     | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童福祉法 | 放課後等デイサービス | 平成24年8月1日    | 2     | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|       |            |              |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

介護保険の申請が受理され、指定を受ける予定の場合は、指定年月日を予定で記入し、番号は空欄にしてください。