

様式 1 号

県央デルタネット施設登録（新規）申請書

県央デルタネット協議会代表者 殿

下記のとおり施設登録申請を致します。

申請日	西暦	年	月	日	新規登録				
施設名	利用申込書に記載された施設名を記入してください。								
住所	〒	—	市						
TEL	()	—	FAX	()	—		
事業所コード								介護保険 サービス種類 コード	※介護サービス事業所は裏面のコード表から、該当するコード 2桁の数字を記入して下さい。
カナ									
代表者名	Ⓜ (役職等：)								

※同一法人内に複数の事業所等があり、施設登録が必要な場合も提出して下さい。

施設システム管理者（施設内で県央デルタネットの管理をする者）

ログインID					※すでにログイン ID をお持ちの方は記入して下さい			
カナ					役職等の名称			
氏名								
システム管理者の連絡先	TEL	()	—	FAX	()	—
	E-Mail	@						

連絡事項

--

県央デルタネット協議会事務局取扱欄

受付日	年	月	日	(備考)
受付事務局	<input type="checkbox"/> 山口市医師会 <input type="checkbox"/> 吉南医師会 <input type="checkbox"/> 防府医師会		事務(局)長名	Ⓜ
登録年月日	年	月	日	県央デルタネット 施設登録 ID

介護保険サービス種類・コード表

区分	コード	サービス種類
介護 給付	居宅サービス	11 訪問介護
		12 訪問入浴介護
		13 訪問看護
		14 訪問リハビリテーション
		15 居宅療養管理指導
		16 通所介護
		17 通所リハビリテーション
		18 短期入所生活介護
		19 短期入所療養介護（介護老人保健施設）
		20 短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）
		21 特定施設入居者生活介護
		22 特定施設入居者生活介護（短期利用型）
	居宅介護支援	41 居宅介護支援
	地域密着型サービス	51 夜間対応型訪問介護
		52 認知症対応型通所介護
		53 地域密着型通所介護
		54 小規模多機能型居宅介護
		55 小規模多機能型居宅介護（短期利用型）
		56 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
		57 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
		58 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）
		59 地域密着型特定施設入居者生活介護
		60 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）
		61 認知症対応型共同生活介護
		62 認知症対応型共同生活介護（短期利用型）
	施設サービス	81 介護福祉施設サービス
		82 介護保健施設サービス
		83 介護療養施設サービス
		84 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護

様式1号

県央デルタネット施設登録（新規）申請書（記入例）

県央デルタネット協議会代表者 殿

下記のとおり施設登録申請を致します。

申請日	西暦 2019年 9月 1日	新規登録	
施設名	利用申込書に記載された施設名を記入してください。 県央デルタネットクリニック		
住所	〒 753-0000	山口市 ○○町1丁目1-1	
TEL	(083) 123-4067	FAX	(083) 321-7054
事業所コード	1 2 3 4 5 6 7 8	介護保険サービス種類コード	※介護サービス事業所は裏面のコード表から、該当するコード2桁の数字を記入して下さい。
カナ	ケンオウ デルタ		
代表者名	県央 である (印) (役職等: 病院長)		

※同一法人内に複数の事業所等があり、施設登録が必要な場合も提出して下さい。

施設システム管理者（施設内で県央デルタネットの管理をする者）

ログインID			※すでにログインIDをお持ちの方は記入して下さい	
カナ	ケンオウ デルタ		役職等の名称	
氏名	県央 である		病院長	
システム管理者の連絡先	TEL	(083) 123-4067	FAX	(083) 321-7054
	E-Mail	Delta@kenou-deltanet.ne.jp		

連絡事項

--

県央デルタネット協議会事務局取扱欄

受付日	年 月 日	(備考)	
受付事務局	<input type="checkbox"/> 山口市医師会 <input type="checkbox"/> 吉南医師会 <input type="checkbox"/> 防府医師会	事務(局)長名	(印)
登録年月日	年 月 日	県央デルタネット施設登録ID	