様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

　　年　　月　　日

大　治　町　長　殿

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

 介護保険法に規定する事業所に係る指定（更新）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて

申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　　－　　　　　　） |
| 指定を受けようとする事業所 | 所在地 | （〒　　　　－　　　　　　） |
| 名称 |  |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定の有効期間満了日 | 様式 |
| 第一号訪問事業 | 訪問介護相当サービス |  |  |  |  | 付表１ |
| 生活支援型訪問サービス |  |  |  |  | 付表１ |
| 第一号通所事業 | 通所介護相当サービス |  |  |  |  | 付表２ |
| ミニデイ型通所サービス |  |  |  |  | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考１　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄は、記入しないでください。

２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください｡

３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」を、既に指定を受けているものに「○」を記入してください。

５　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

６　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。

７　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。