様式第１号（第２条,第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 　　　　　　　　　 |

古殿町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定（更新）申請書

年　　月　　日

　古殿町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職名・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 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| 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 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定を申請する事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | 訪問型サービス（現行相当） |  |  |  | 付表1 |
| 訪問型サービス（独自） |  |  |  | 付表1 |
| 通所型サービス（現行相当） |  |  |  | 付表2 |
| 通所型サービス（独自） |  |  |  | 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」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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」「社団法人」「財団法人」「株式

会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３「法人所轄庁」欄、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載してください。

４「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」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載してください。

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載して

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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式

を補正して、そのすべてを記載してください。