別記様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**海田町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書**

　　年　　月　　日

海　田　町　長　　様

所　在　地

申請者 名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので，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の種類 | フリガナ |  |
| 事業所等の名　　称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 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 | 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 |
| 通所型サービス（現行相当） |  |  |  | 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。

８　用紙の大きさは，日本工業規格Ａ列４番とする。