様式第１号（第３条関係）

幌延町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

 年 月 日

幌延町長　　　　　　　様 所在地

申請者 名　称

 代表者職・氏名

介護保険法に規定する第１号事業の事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・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・施設の名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 事　業　所　・　施　設　の　種　類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 訪問介護相当サービス |  |  |  | 付表１ |
| 通所型サービス | 通所介護相当サービス |  |  |  | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請書担当者 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  | 連　　絡　　先 |  |

備考

１「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。

２「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

３「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。

４「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。

５「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日(法第71条第１項又は法第72条第１項(法第115条の11において準用する場合を含む。)の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日)を記入すること。

６「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。