様式第１号(第５条関係)

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

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業指定（更新）申請書

年　　月　　日

　　　　七ヶ浜町長　　殿

所在地

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　介護保険法第１１５条の４５の５第１項に規定する事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定に係る事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| 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 | | | 備考 |
| 第１号訪問事業 | | 訪問介護 | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表1 |
| 訪問型サービスＡ | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表1 |
| 第１号通所事業 | | 通所介護 | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表2 |
| 通所型サービスＡ | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表2 |
| 事業者番号 | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  |  | | | （既に指定を受けている場合） | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  |  | | |  | | | |

備考1「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　2「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」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載してください。

　　4「実施事業」欄は、今回申請する事業の該当欄に「〇」を記入してください。

　　5「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始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、老人保健施設また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、その全てを記載してください。