様式第1号(第３条、第５条関係)

|  |
| --- |
| 御船町介護予防・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

|  |  |
| --- | --- |
| 御船町長　　　　　　　　様 | 　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　申請者　名　称代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　  |

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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 | 法人の所轄庁 | 　 |
| 代 表 者 の 職・氏名・生年月日 | 職　名 |  | フリガナ |  | 生年月日　　　　　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 | 指定訪問型サービス | 　 | 　　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 | 付表1 |
| 指定通所型サービス | 　 | 　　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 | 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」等の別を記入してください。

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してください。

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○を記入してください。

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してください。

５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」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。

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、そのコードを記入してください。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入してください。