様式第１号（第２条関係）

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

|  |
| --- |
| 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

　　岩内町長　　様

所在地

申請者（事業者）　名称

代表者氏名　　　　　　　　　㊞

　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、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（事業者） | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 主たる事務所の  所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  年　月　日 | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表1 |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 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」「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。

　　　　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」「公益(一般)社団法人」「公益(一般)財団法人」「株式会社」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入してください。

　　　　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入してください。

　　　　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　た年月日を記入してください。

　　　　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」欄に記入してください。

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。