様式第１号（第３条関係）

勝央町介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定

（新規・更新）申請書

年　　月　　日

　　勝央町長　様

申請者　法人所在地

法人名称

代表職氏名　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する第１号事業者に係る指定等を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて

申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名（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　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | 既に指定を受けている事業の指定  年月日 | | | | | | 現に受けている  指定の有効期間満了年月日 | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 第１号事業 | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 居宅サービス事業・地域密着型サービス事業・  介護予防サービス  事業 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 介護予防通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 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　「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、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください。

　2　「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。

　3　「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。

　4　「既に指定申請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。

　5　「現に受けている指定の有効期間満了年月日」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に記載してください。

　6　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不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。