別記様式第１号（第８条の２関係）

介護予防・日常生活支援サービス事業所指定申請書

年　　月　　日

上三川町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

申請者　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

　　上三川町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定す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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | 実施  事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | 既に指定等を受けている事業等の指定年月日 | | | | 様式 |
| 指定第１号訪問事業訪問介護 | | 訪問介護相当サービス | | | |  |  | | | |  | | | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ | | | |  |  | | | |  | | | |
| 指定第１号通所事業通所介護 | | 通所介護相当サービス | | | |  |  | | | |  | | | | 付表２ |
| 通所型サービスＡ | | | |  |  | | | |  | | | |
| 事業所番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  | | | | | | | | | | |

備考

１　「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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「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載してください。

　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。

　５　「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

　６　「既に指定等を受けている事業等」欄は、指定された年月日を記載してください。

　７　保険医療機関、保健薬局、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。