様式第１号（第２条関係）

大槌町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書

　　年　　月　　日

大槌町長　様

所在地

申請者

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） |
| （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 | （〒　　　－　　　　　　） |
|
| （ビルの名称等） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 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 | 訪問型サービス（現行相当） |  |  |  | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ |  |  |  | 付表１ |
| 通所型サービス（現行相当） |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスＡ |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスＣ |  |  |  | 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」「社団法人」

「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３ 「法人所轄庁」欄、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