様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定介護予防・日常生活支援サービス事業所　指定（更新）申請書

年　　　　月　　　　日

早島町長　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介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所の指定（更新）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所所在市町村番号 |  |
| 申　　　　請　　　　者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事業所の所在地 | （〒　　　　　－　　　　　　　） |
| 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 | （〒　　　　　－　　　　　　　） |
| 指定（更新）を受けようとする事業所の種類 | 事業所の名称 |  | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 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等の事業開始予定年月日（更新申請の場合は指定年月日） | 既に指定を受けている事業等の指定年月日（指定更新の場合は期間満了日） | 様　式 |
| 総合事業訪問介護（介護予防訪問介護相当） |  |  |  | 付表１ |
| 総合事業通所介護（介護予防通所介護相当） |  |  |  | 付表２ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  | 指定を受けている他市町村 |  |

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」等の別を記入すること。

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すること。

３　　「実施事業」欄は、今回の申請に係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○を記入すること。

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すること。

５　　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日を記入すること。

６　　「医療機関コード等」の欄は、保険医療機関、保険薬局又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、そのコードを記入すること。

７　　付表は、今回申請する介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業の種類に対応したものを添付すること。