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。