|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出担当者 | 連絡先 | TELFAX |
| 氏　名 |  |

様式第１号（第8条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者　指定申請書

　　年　　月　　日

臼杵市長　　　　　　　　　　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事業者(施設)に係る指定（許可）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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　　　）　　　　 |
| 指定（許可）を受けようとする事業所の種類 | （フリガナ）事業所（施設）の名称 |  |
|  |
| 事業所（施設）の所在地（施設開設の場所） | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） |
| 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（許可）を受けている事業の指定（許可）年月日 |
| 第1号訪問事業 | 訪問介護相当サービス |  |  |  |
| 訪問型サービスＡ |  |  |  |
| 第1号通所事業 | 通所介護相当サービス |  |  |  |
| 通所型サービスＡ |  |  |  |
| その他一体的に行う事業の種類 | 訪問介護・介護予防訪問介護 |  |  | 　　　　　 |
| 通所介護・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」「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｡

２「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。

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「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。

５既に指定（許可）を受けている事業の指定（許可）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。

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。