様式第１号(第５条関係)

|  |
| --- |
| 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定・更新申請書 |

年　　月　　日

　磐田市長

所在地

申請者

名称

　第１号事業者の指定を受けたいので、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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 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の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 指定又は更新事業 | | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 更新申請をする事業の有効期間満了日 | | 様式 |
| 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表1 |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表2 |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表3 |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表4 |
| 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　「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、「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　「指定又は更新事業」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　「更新申請をする事業の有効期間満了日」欄は、今回の更新申請に係る事業の現在受けている指定の有効期間満了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。なお、複数のコ　　　ードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。