様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**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

大曲仙北広域市町村圏組合

管理者　　　　　　　　　様

申請者　　名　　　　称

代表者職氏名

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| Email | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | 指定申請  対象事業等  （該当事業に○） | | | | | | | | 既に指定を  受けている事業等  （該当事業に○） | | 指定申請をする事業等の  開始予定年月日 | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | 付表２ |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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「指定申請対象事業等」「既に指定を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

３「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。