別記第1号様式(第7条関係)

長洲町介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業者指定申請書

年　　月　　日

長洲町長　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

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書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | | 事業所所在市町村番号 | | | |  | | |
| 申請者 | ふりがな  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 |  | | | | | | | | | | |
| 代表者 | 職名 |  | | ふりがな  氏　名 | | | | | | 生年月日 | |
| 代表者住所 | (郵便番号　　　-　　　) | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | ふりがな  事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | (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 | | 既に指定を  受けている事業の  指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業サービス | 訪問型サービス  (現行相当) | |  | | |  | |  | | | 付表1 |
| 通所型サービス  (現行相当) | |  | | |  | |  | | | 付表2 |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | | | (既に指定を受けている場合) | | | | | |
| 指定を受けている他市町村 | | |  | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | |  | | | | | |  | | | | |