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 |  |  |