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 | |  | | | | | |  | | | | |

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　「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。

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　「既に指定を受けている事業の指定年月日」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。

　　７　指定申請については、付表及び必要な書類等を添付して提出してください。