

様式第1号（第10条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業に係る
指定（訪問型・通所型）サービス事業者指定申請書

九重町長 殿

年 月 日

所在地

申請者

氏 名

㊟

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地並びに名称及び代表者の氏名 〕

介護保険法第115条の45の3第1項の規定による事業者に係る指定を受けたいの
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	主たる事務所の 所 在 地	(〒 -)					
	フリガナ						
	名 称						
	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 氏 名		生年 月日	S・H 年 月 日
	代表者の住所	(〒 -)					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事 務 所 等 の 所 在 地	(〒 -)					
	フリガナ						
	名 称						
	サービスの種類	事業 実施	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
	指定訪問型 サービス	生活機能アップ 事業		年 月 日		年 月 日	
		生活支援サービス 事業		年 月 日		年 月 日	
指定通所型 サービス	生活機能アップ事 業		年 月 日		年 月 日		
介護保険事業所番号							
指定を受けている他市町村名				医療機関コード等			

(注)

- 1 ※印の欄には、記入しないでください。
- 2 「法人の種別」欄に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 「法人所轄庁」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入してください。
- 4 「実施事業欄」は、今回申請するもの及び指定を受けているものについて、該当する欄に丸印「○」を付けてください。
- 5 「指定申請をする事業開始予定年月日」欄は、該当する事業の開始予定年月日を記入してください。
- 6 「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。
- 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設また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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合は適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。