様式第１号（第４条関係）

伊万里市介護予防・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

（あて先）伊万里市長

介護保険法に規定する事業所の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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 事業所所在市町村番号 |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 住所（所在地） | 郵便番号（　　　－　　　　　　）　　　　　 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 | 　　 | 生年月日 |  |
| 住　所 | 郵便番号（　　　－　　　　　　） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | 郵便番号（　　　－　　　　　　）　　　　　 |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 申請に係る事業の開始予定年月日 | 既指定の事業の指定年月日 | 追加様式 |
| サービスの種類 | 訪問型サービス（現行相当） |  |  |  | 付表１ |
| 訪問型サービスA（緩和型） |  |  |  |
| 通所型サービス（現行相当） |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスA（緩和型） |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

１　受付番号欄及び事業所所在市町村番号欄には記載しないでください。

２　法人の種別欄には、申請者が法人である場合に種別を記載してください。

３　法人所轄庁欄には、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載してください。

４　実施事業欄には、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○を付けてください。

５　申請に係る事業の開始予定年月日欄には該当する欄に事業の開始予定年月日を、既指定の事業の指定年月日欄には該当する欄の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　サービスの種類ごとに付表を添付してください。

７　医療機関コード等欄には、既に医療機関コード等が付番されている場合にそのコードを記載してください。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。