

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定申請書

31年 3月 11日

(宛先) 町長

所在地
申請者
名称 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、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(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		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	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号サービス	訪問型サービス (基準型)				付表1
通所型サービス (基準型)				H30.4.1	付表2	
通所型サービス (緩和型)		○	H31.4.1		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名						
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」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、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。
 5 「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。
 6 保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記載してください。

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定申請書

31年 3月 11日

(宛先) 町長

所在地
申請者
名称 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、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 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				
	代表者の職名・氏 名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ 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 (基準型)				付表1
		通所型サービス (基準型)	○		H30.4.1	付表2
通所型サービス (緩和型)		○	H31.4.1		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名						
医療機関コード等						

- 備考
- 「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。
 - 「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」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、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。
 - 「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。
 - 「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。
 - 保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記載してください。