|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※ |

様式第１号（第３条及び第５条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業　指定事業者指定（更新）申請書

年　　月　　日

　　　南伊勢町長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名 称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | | |
| 代表者の氏名・生年月日・職名 | | フリガナ | | | | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | | |  | | | | | | | | | 職名 | | | |  | | | | | | | |
| 代表者の　　　住　所 | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 事業所等の　　所在地 | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| 訪問介護現行相当サービス | | | | |  | | | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | | 年　　 月　　日 | | | | | | | | 付表１ | | |
| 訪問サービスＡ | | | | |  | | | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | | 年　 　月　　日 | | | | | | | | 付表１ | | |
| 通所介護現行相当サービス | | | | |  | | | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | | 年　　 月　　日 | | | | | | | | 付表２ | | |
| 通所サービスＡ | | | | |  | | | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | | 年　 　月　　日 | | | | | | | | 付表２ | | |
| 介護予防ケアマネジメント | | | | |  | | | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | | 年　 　月　　日 | | | | | | | | 付表３ | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | | | | | |
| 指定事業所番号 | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| 指定を受けている他の市町村名 | |  | | | | | | | | | | | | | 医療機関コード等 | | | | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |

　　　第１号事業者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。

（注）

　１　※印の欄には、記入しないでください。

　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　「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入してください。

　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　　○印を付けてください。

　５　「指定申請をする事業の開始予定年月日」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、老人保健施設又は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、適宣様式を補正して、そのすべてを記入してください。