様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**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

村山市長　あて

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（更新）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 | | | | | | | | 生年月日  年　　　月　　　日 | | |
| 氏　名 | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | すでに指定を受けている事業の指定年月日 | | | | 様式 |
| 訪問型サービス　（従前相当） | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | 付表1-1 |
| 訪問型サービスＡ　（緩和型） | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | 付表1-2 |
| 通所型サービス　（従前相当） | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | 付表2-1 |
| 通所型サービスＡ　（緩和型） | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | 付表2-2 |
| 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」

「有限会社」等の別を記入してください｡

３　「法人所轄庁」欄、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　「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。