様式第１号

介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書

　　　年　　　月　　　日

中新川広域行政事務組合　管理者　宛

所在地

申請者

名　称

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　　　－　　　　　　　）　　　　　　県　　　　　　　郡市 |
| （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 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　－　　　　　　　）　　　　　　県　　　　　　　郡市 |
|  |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  |
| 事業所・施設の名称 |  |
| 事業所・施設の所在地 | （郵便番号　　　　　－　　　　　　　）　　　富山県　中新川郡 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Eメールアドレス |  |
| 同一住所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等の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 様式 |
| 訪問 | 介護予防相当訪問型サービス（介護予防訪問介護相当） |  |  |  | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ（緩和基準） |  |  |  | 付表２ |
| 通所 | 介護予防相当通所型サービス（介護予防通所介護相当） |  |  |  | 付表３ |
| 通所型サービスＡ（緩和基準） |  |  |  | 付表４ |
| 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「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入

すること。

　　２「法人所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

　　３「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。

　　４「指定申請をする事業等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入すること。

　　５「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定

施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合も含む。）の規定により

指定があったとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

　　６「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正してそのすべてを記入すること。