様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

戸沢村介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日

戸沢村長　殿

所在地

申請者　名　称

　　　代表者

介護保険法第１１５条の４５の５に規定する指定事業者の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　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所 | 事業所の名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の開始予定年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | | 実施事業 | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 当該事業の指定年月日 | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 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村村名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | |

（裏）

備考

１　申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル、マンションの名称等

についても記入してください。

２　添付書類は、次の書類を添えてください。

（１）次のアからイまでの事業等の種類に応じた付表

ア　施行規則第１４０条の６３第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業（現行の訪問介護相当）　付表１

イ　施行規則第１４０条の６３第１号イに規定する基準に従う第１号通所事業（現行の通所介護相当）　付表２

　（２）別に指示する添付書類

　３　「受付番号」「事業所所在市村村番号」欄には記載しないでくだ

さい。

４　「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。

５　「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について介護保険法に

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。

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、そのすべてを

記載してください。