様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定介護予防（訪問・通所）介護相当サービス事業所

（訪問型・通所型）サービスＡ事業所

　　指　定　申　請　書

年　　月　　日

　平　戸　市　長　　様

　　　所　　在　　地

　　　法　　人　　名

　　　代表者職・氏名

　　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　　　－　　　　　　）都　道　　　　　郡　市府　県　　　　　区 |
| （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　　　－　　　　　　）都　道　　　　　郡　市府　県　　　　　区 |
| （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 | 　 |
| 事業所等の名称 | 　 |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）都　道　　　　　郡　市府　県　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 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 |
| 訪問型 | 訪問介護相当サービス |  |  |  | 付表１－１ |
| 訪問型サービスＡ |  |  |  |
| 通所型 | 通所介護相当サービス |  |  |  | 付表２－１ |
| 通所型サービスＡ |  |  |  |
| 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 |  |

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「既に指定を受けている事業等の指定年月日」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。