

受付番号	
------	--

小郡市介護予防・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

小郡市長 様

所在地

事業者名称

代表者職・氏名

印

介護保険法第115条の45の5第1項の規定による介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定（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。

記

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	()			
	法人の種類					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 -)										
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										
	事業所の所在地	(郵便番号 -)									
	事業所の連絡先	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の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式		
	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業サービス	介護予防訪問介護相当サービス							付表1		
		介護予防通所介護相当サービス							付表2		
一体的に運営している事業の種類	既に指定を受けている事業の種類				要綱第2条第2項の適用を受けようとする指定有効期間満了年月日				事業所番号		
	訪問介護										
	(地域密着型) 通所介護										
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											
記入担当者					記入担当者連絡先						

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」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「○」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入してください。
- 6 「一体的に運営している事業の種類」欄は、指定有効期間を一体的に運営する事業の指定有効期間に合わせる措置の適用を受けようとする場合に記入してください。
- 7 「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入してください。
- 8 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。