様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。