受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（指定更新）申請書

年　　月　　日

高根沢町長　様

所在地

申請者　　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  事務所の所在地 | （〒　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  代表者の住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所・施設の概要 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  事業所の住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | |  | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | 実施  事業 | 指定申請する事業の開始年月日 | | | | 既に指定を受けている  事業の指定年月日 | | | 様式 |
| 訪問型サービス（現行相当） | | | | | | |  |  | | | |  | | | 付表1 |
| 訪問型サービスA（緩和した基準） | | | | | | |  |  | | | |  | | | 付表1 |
| 通所型サービス（現行相当） | | | | | | |  |  | | | |  | | | 付表2 |
| 通所型サービスＡ（緩和した基準） | | | | | | |  |  | | | |  | | | 付表2 |
|  | | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
| 介護保険事業者番号 | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |

※1.「受付番号」「事業所所在市町村番号」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、「社会福祉法人」「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. 実施事業の欄は、今回申請する者及び既に指定を受けているものの該当欄に○をつけてください。

5.「指定申請する事業の開始年月日」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.「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。