

受付番号	
------	--

聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業
指定第 1 号事業者指定申請書

年 月 日

聖籠町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者氏名 印

第 1 号訪問事業・第 1 号通所事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、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								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							
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 概 要	代表者の住所		(郵便番号 —)											
	フリガナ													
	事業所の名称													
	事業所の所在地		(郵便番号 —)											
	連絡先		電話番号						FAX 番号					
			E メールアドレス											
	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			
	訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）										付表 1			
	訪問型サービス A（緩和した基準によるサービス）										付表 1			
	通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）										付表 2			
通所型サービス A（緩和した基準によるサービス）										付表 2				
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」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、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。