|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第1号(第2条関係)　 | 受付番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 介護予防・日常生活支援総合事業者　指定申請書 | 　 |

年　　月　　日

　　大和郡山市長　様

所在地

申請者

名称

　　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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 | 事業所等の名称及び所在地 |  |
| (名　　称)　　　　　 |
| (郵便番号　　　―　　　　　)　 |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 事業開始予定年月日 | 指定年月日 |
| 訪問型サービス | 介護予防型訪問サービス | 　 | 　 | 　 |
| 介護予防緩和型訪問サービス | 　　　　 | 　　　　 | 　　　　 |
| 生活援助型訪問サービス | 　　　 | 　 | 　　　 |
| 通所型サービス | 介護予防型通所サービス | 　 | 　 | 　 |
| 介護予防緩和型通所サービス | 　 | 　 | 　 |
| 生活援助型通所サービス | 　 | 　 | 　 |
| 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。