様式第１号（第６条関係）

指定事業者の指定申請書

令和　　年　　月　　日

胎内市長　井畑　明彦　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者　法人名

代表者職・氏名

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （フリガナ）  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都 道　　　　　市 郡  　　　　府 県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・氏名 | 職名 | | | | |  | | | | | | （フリガナ）  氏名 | | | | | | |  | | | | 生年月日 |
|  | | | |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都 道　　　　　市 郡  　　　　府 県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の概要 | （フリガナ）  事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都 道　　　　　市 郡  　　　　府 県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 居宅サービス・居宅介護支援・施設 | | | | | |
| 申請する事業の開始予定年月日 | | | | 既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日 | |
| 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 旧介護予防訪問介護相当サービス（国基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ（緩和した基準によるサービス） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 旧介護予防通所介護相当サービス（国基準） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  | | 既に指定（許可）を受けている場合…複数ある場合適宜様式を補正して記入 | | | | | | |
| 指定の有効期間  （どちらかに○） | | | 有効期間満了日を介護事業等に合わせる　・　６年にする | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別（及び法人所轄庁）」欄の記載を要しない。