様式第1号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付　番号 |  |

**介護予防・日常生活支援サービス事業所　指定申請書**

年　　月　　日

(宛先)明日香村長

所在地

申請者　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　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 | フリガナ |  |
| 事業所等の名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　　　　 |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） |
|  | 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 |
| 第１号事業サービス | 訪問型サービス（緩和型） |  |  |  | 付表１ |
| 通所型サービス（緩和型・全日） |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービス（緩和型・半日） |  |  |  | 付表２ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている市町村名 |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |

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」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 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は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、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。