様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 事業所所在市町村番号 |  |

年　　月　　日

　都留市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

都留市介護予防・日常生活支援総合事業　事業者指定申請書

　都留市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 　　　年　月　日 |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 既に指定等を受けている事業等の指定年月日 | 書式 |
| 第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当） |  |  |  | 付表１ |
| 第１号通所事業（介護予防通所介護相当） |  |  |  | 付表２ |
| 訪問介護 |  |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合） |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） |
| 総合事業事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （他市町村にて既に総合事業の指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他区市町村名 |  |

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入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○印を記入してください。

　５　「指定申請をする事業等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入してください。

　６　「既に指定等を受けている事業等の指定年月日」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。

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