|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

神山町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定申請書

　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 　神山町長　　様 | 　住所　　　　　　(所在地)　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 (名称及び代表者氏名) |

介護保険法(平成９年法律第１２３号)第115条の45の5に規定する事業所(施設)に係る指定を受けたいので，次のとおり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 | 　(〒　　　―　　　　)　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人の所轄庁 | 　 |
|  代 表 者 の職・氏名・生年月日 | 職　名 |  | フリガナ |  | 生年月日　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 代表者の住所 | 　(〒　　　―　　　　)　　　　　　 |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | 　 |
| 事業所・施設の名称 | 　 |
| 事業所・施設所在地 | 　(〒　　　―　　　　) |
|  | 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 事 業 所・施 設 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 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 様　式 |
| 指定介護予防・生活支援サービス | 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（緩和した基準によるサービス） |  |  |  |
| 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（緩和した基準によるサービス） |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 申請書担当者 |  |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 連　　　　絡　　　　先 |  |

（裏面）

備考

１　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許可法人である場合に，その主務官庁の名称を記入すること。

３　「実施事業」欄は，今回の申請に係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○

を記入すること。

４　「指定申請をする事業等の開始予定年月日」欄は，該当する欄に事業等の開始予定年月日を記

入すること。

５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は，指定を受けようとする事業所・施設及び同一所

在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５

条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは，保険医

療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

６　「医療機関コード等」欄は，保険医療機関，保険薬局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は，そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には，様式を補正して，その全てを記入すること。

７　用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。