別記様式第１号（第２条関係）

　　年　　月　　日

関市長　様

所在地

申請者 名　称

　　　　　　　代表者氏名

**介護予防・生活支援サービス事業　事業所指定（更新）申請書**

介護予防・生活支援サービス事業者に係る指定又は指定の更新を受けたいので、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 | | | | | | ２１２０５ | |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　都府　　　　　区市  　　　　　道県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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　　　－　　　　　　）  　　　　　都府　　　　　区市  　　　　　道県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | 既に指定を受けている事業の有効期間満了日 | | 様式 |
|  | （予防）訪問介護 | | | | | | | | | | | | | （　） | | | |  | | | | （　　　　　） | | | | （　　　　　） | |  |
| （予防）通所介護 | | | | | | | | | | | | | （　） | | | |  | | | | （　　　　　） | | | | （　　　　　） | |  |
| 国基準相当訪問型サービス事業 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | 付表1-1 |
| 市独自基準訪問型サービス事業 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | 付表1-2 |
| 国基準相当通所型サービス事業 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | 付表2-1 |
| 市独自基準通所型サービス事業 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | 付表2-2 |
| 事業者番号 | | |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | | |  |  | （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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  | | | | | | | | | | | |

備考１　「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｡

２　「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。

３　「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。

４　「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。

５　「既に指定を受けている事業の指定年月日、有効期間満了日」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、

有効期間満了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。

　　７　付表のほか介護保険施行規則第１４０条の６３の５第１項第４号から第１５号までの書類を添付してください。