|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定訪問型サービス事業所

　　指定申請書

指定通所型サービス事業所

年　　月　　日

田村市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同　　名　称

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ名　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　 |
| （施設・建物の名称等） |
| 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･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　　　－　　　　　）　　　　　 |
| （施設・建物の名称等） |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　 |
| （施設・建物の名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | メールアドレス |  |
| 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 | 様式 |
| 第１号事業サービス | 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Ａ |  |  |
| 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Ａ |  |  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定又は許可を受けている場合） |
| 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、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等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等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

　　 5　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、そのすべてを記載してください。