様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定第１号事業者指定申請書

年　　 月　　 日

　八千代町長　様

所　 在 　地

申請者　名　　　　称

代表者職氏名

（個人の場合は住所及び氏名）

介護保険法に規定する事業者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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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、氏名及び生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　‐　　　） |
| 同一所在地において行う事業の種類 | フリガナ |  |
| 事業所等の名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　‐　　　）（ビルの名称等） |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 実施事業 | 事業開始(予定)年月日 | 指定年月日 | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | 指定訪問介護相当サービス |  |  |  | 付表１ |
| 指定通所介護相当サービス |  |  |  | 付表２ |
|  |  |  |  |  |
| 希望する指定の有効期間 | □6年間□指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者の指定の有効期間の満了日までの期間⇒　　　　　年　　　月　　　日 |
| 既に指定を受けている事業の種類 | 実施事業 | 指定の有効期間満了年月日 | 介護保険事業所番号 |
| 居宅サービス事業・地域密着型サービス事業 | 訪問介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  | 事業所区分 |  |

備考　1　「受付番号」欄及び「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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入して ください。

　　　　3　「法人所轄庁」欄は、申請者が許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、今回申請するものに◎印を、既に指定を受けているものに〇印を記載してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については、「申請中」を記載してください。

　　　　5　「事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の指定申請をする事業の開始予定年月日を記載してください。

　　　　6　「既に指定を受けている事業の指定年月日」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載してください。

　　　　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。

　　　　8　「事業所区分」欄は、医療機関コードが付されている場合に「医科」、「歯科」、「老人保健施設」、「訪問看護ステーション」、「薬局」又は「その他（福祉系）」 の別を記載してください。