

# 東串良町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

平成 年 月 日

東串良町長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者の職・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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                  |                      | 事業所所在地市町村番号      |      |                     |                     |     |
|------------------|----------------------|------------------|------|---------------------|---------------------|-----|
| 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・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 - )            |                  |      |                     |                     |     |
|                  | (ビルの名称等)             |                  |      |                     |                     |     |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ                 |                  |      |                     |                     |     |
|                  | 名称                   |                  |      |                     |                     |     |
|                  | 事業所の所在地              | (郵便番号 - )        |      |                     |                     |     |
|                  |                      | (ビルの名称等)         |      |                     |                     |     |
|                  | 事業所連絡先               | 電話番号             |      |                     | FAX番号               |     |
|                  | 介護予防・日常生活支援総合事業      | 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 | 既に指定等を受けている事業の指定年月日 | 様式  |
|                  |                      | 訪問型サービス          |      |                     |                     | 付表1 |
| 通所型サービス          |                      |                  |      |                     |                     | 付表2 |
|                  |                      |                  |      |                     |                     |     |
| 介護保険事業者番号        | (当該事業所が既に指定を受けている場合) |                  |      |                     |                     |     |
| 指定を受けている他市町村     |                      |                  |      |                     |                     |     |

- 備考 1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「株式会社」「NPO法人」等の別を記載してください。  
 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載してください。  
 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に○を記載してください。  
 5 「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。  
 6 「既に指定等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。