|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防・生活支援サービス事業所 | 指 定 申 請 書 |

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 滝 上 町 長　　様 | 所在地  　　　　申請者  名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

滝上町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定により、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 | | |  | | | | | |
| 代表者の職名 ・  氏名・生年月日 | | | | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | |  | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 の 種 類 | フ リ ガ ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| E-mailアドレス | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 様　式 |
| 介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 第１号訪問事業  介護予防訪問介護相当  （訪問型サービス） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | 付表１ |
| 通所型サービス | 第１号通所事業  介護予防通所介護相当  （通所型サービス） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | 付表２ |
| 介護保険事業者番号 | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  |  | |  |  | | 申請書担当者 | | | | |  | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 連　　　　絡　　　　先 | | | | |  | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |  |  | | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | | | | | | |

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」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

２　「法人の所轄庁」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入してください。

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入してください。

　 ５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所及び同一所在地にある指定事業所の指定年月日（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、保健薬局、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，そのコードを記入してください。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入ｓいてください。