様式第１号（第５条関係）　　　　　　　(表)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

平成　　年　　月　　日

宇多津町長　　様

申請者　主たる事務所の所在地

名　称

　　　 　代表者の氏名

介護保険法第115条の45の５に規定する指定事業者の指定を受けたいので、

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

第５条第１項の規定により、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・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 | 事業所の名称 | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | | （郵便番号　　　―　　　　　）  （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | 指定申請をする事業  (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 | | 付表  式 |
| 訪問型  サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | 1 |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | 2 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  |
| 通所型  サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | 3 |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | 4 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | （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 | | | | |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | | | | |

（裏）

備考

　 １　※「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２　申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル、マンションの名称等についても記入

してください。

３　添付書類は次の書類を添えてください。

（１）付表(指定様式)

（２）別に指示する添付書類

４「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。

５「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入

してください。

６　指定申請の場合、該当するサービスの「指定申請をする事業」欄に事業開始予定

年月日を記入してください。

７　「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。

８　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

のすべてを記載してください。