様式第1号

**介護予防・日常生活支援総合事業　事業所指定（更新）申請書**

　　年　　　月　　　日

　長与町長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　介護予防・日常生活支援総合事業（訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス）の事業に係る指定又は指定の更新を受けたいので、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 | （〒　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、氏名及び生年月日 | 職　名 | | | |  | | | | | | フリガナ  氏　　名 | | | |  | | | 生年月日 | |  |
|  | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）を受けようとする事業所の種類 | 主たる事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | 実施  事業 | | | 指定（更新）申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | | 既に指定等を受けている事業等の指定等年月日（指定申請の場合のみ記載） | | 現に受けている指定の有効期間満了日（指定更新の場合のみ記載） | | 様　　式 | |
| 訪問介護 | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |
| 訪問介護相当サービス事業 | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | | 付表1 | |
| 通所介護 | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |
| 通所介護相当サービス事業 | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | | 付表2 | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | | |

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」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

　２　「法人管轄庁」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。

　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等の事業開始予定年月日」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　「既に指定を受けている事業等に指定年月日」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。