

様式第1号（第4条関係）

受付番号

琴平町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年 月 日

琴平町長 様

住所
申請者 名称 ⑩
代表者職氏名

琴平町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定（更新）を受けたいので、次のとおり申請します。

		事業所所在市町村番号		<input type="text"/>			
申請者	フリガナ 名称	<input type="text"/>					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 <input type="text"/>) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>		F A X 番号	<input type="text"/>	
	法人の種類	<input type="text"/>		法人所轄庁	<input type="text"/>		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	<input type="text"/>	フリガナ氏名	<input type="text"/>		
	代表者の住所	(郵便番号 <input type="text"/>) (ビルの名称等)					
指定(更新)を受けようとする事業所の種類	フリガナ 名称	<input type="text"/>					
	事業所の所在地	(郵便番号 <input type="text"/>) (ビルの名称等)					
	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
	サ ー ビ ス 型	介護予防訪問介護相当 サービス					付表1
		訪問型サービスA					付表1
	サ ー ビ ス 型	介護予防通所介護相当 サービス					付表2
通所型サービスA						付表2	
介護保険事業所番号		<input type="text"/>		(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		<input type="text"/>					
医療機関コード等		<input type="text"/>					

* 記入については、裏面を参照のこと

(裏面)

- 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 「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。
 - 3 「法人所轄庁」欄、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「○」を記入してください。
 - 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 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法(平成9年法律第123号)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、そのすべてを記載してください。