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

　　　　　　　　　　　　　　 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 | | | | | | | | | | |  | | |
| 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（更新）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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 訪　問　型  サービス | 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 |
| 通　所　型  サービス | 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 | | |  |  | |  |  | |  | | |  |  |  | | | |  | | |  | | （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 | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  | | | | | |

＊　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。