

坂井地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年 月 日

坂井地区広域連合長 あて

所在地

申請者 名称

代表者氏名



坂井地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の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。

		事業所所在地市町番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 市・町				
		(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 - ) 県 市・町					
指定を受けようとする事業所の種類等	事業所の名称	フリガナ				
	事業所等の所在地	(郵便番号 - )				
	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	
	業生活介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業	介護予防訪問介護相当サービス				付表 1-1
訪問型サービス A					付表 1-2	
介護予防通所介護相当サービス					付表 2-1	
通所型サービス A					付表 2-2	
既に指定を受けている事業	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定番号	指定年月日		
	訪問介護					
		介護予防訪問介護				
		通所介護				
		介護予防通所介護				
総合事業の指定を受けている他市町村名等		(市町村名) (総合事業事業所番号)				
医療機関コード等						

備考

- 1 「事業所所在地市町番号」の欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」の欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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」の欄は、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。
- 4 「実施事業」の欄は、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 申請に係る事業所または施設が法人以外の者の開設する病院、診療所または薬局である場合には、「代表者の住所」欄には開設者の住所を記載してください。
- 6 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」の欄は、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」の欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日等を記載してください。
- 7 「指定を受けている他市町村名等」の欄には、他区市町村にて総合事業の指定を受けている場合に、市区町村名及び事業所番号を記載してください。
- 8 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設また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」の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。
- 9 申請者が氏名を自署する場合には、押印を省略できます。