様式第１号(第３条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（介護予防訪問介護相当サービス

・介護予防通所介護相当サービス）　指定申請書

　　　年　　　月　　　日

　鬼北町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

介護保険法に規定する第１号事業者（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | |  | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | 生年  月日 | | 年　　月　　日 | |
| 名　　前 | | | | | |  | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事 業 所・施 設 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | |
| 事 業 等 の 種 類 | 介護予防・日常生活支援総合事業  (第１号事業) | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業等の  事業開始予定年月日 | | | | | | | | | 既に指定を受けている  事業等の指定年月日 | | | | | 様式 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | 申請書担当者 | | | |  | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | |  | 連　　絡　　先 | | | |  | | | | |

備考

１　「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、株式会社等の別を記入してください。

２　「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

３　「実施事業」欄は、今回の申請に係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予定年月日を記入してください。

５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日(法第71条第１項又は法第72条第１項(法第115条の11において準用する場合を含む。)の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日)を記入してください。

６　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入し、複数のコードを有する場合には、様式を補正し、そのすべてを記入してください。