様式第１号

中野市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日

中野市長　　　　　あて

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | | | | | | |  | | |
| 申請（届出）者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | 実施事業 | | | | | | | | | | 事業開始予定年月日 | | | 指定（許可）年月日 | |
| 訪問介護相当サービス | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | | （既に指定又は許可を受けている場合のみ記入してください。） | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「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、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、株式会社等の別を記入してください。

３　「法人所轄庁」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。

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　「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入してください。