様式第１号

記入例

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 | 　　●●ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ　・●●ﾍﾙﾊﾟｰｽﾃｰｼｮﾝ |
| 名称 | 　●●デイサービス・●●ヘルパーステーション印 |
| 主たる事務所の所在地 | （〒381―●●●●）　中野市大字中野●●●● |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 | 0269-●●-●●●● | ＦＡＸ番号 | 0269-●●-●●●● |
| 法人の種別 | ●●法人 | 法人所轄庁 | ●●●●●●● |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役社長 | フリガナ | ナカノ　タロウ | 生年月日 |
| 氏名 | 　中野　太郎 | 昭和●●年●月●日 |
| 代表者の住所 | （〒381―●●●●）　中野市大字中野●●●● |
|  |
| 事業所 | フリガナ | 　　●●ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ　・●●ﾍﾙﾊﾟｰｽﾃｰｼｮﾝ |
| 名称 | 　●●デイサービス・●●ヘルパーステーション印 |
| 所在地 | （〒381―●●●●）　中野市大字中野●●●● |
| 連絡先 | 電話番号 | 0269-●●-●●●● | ＦＡＸ番号 | 　0269-●●-●●●● |
| 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 |
| 訪問型サービス（独自）（A2）（訪問介護相当サービス） | ○ |  | 令和〇年４月１日 |
| 訪問型サービス（独自・定率）（A3）（訪問型サービスA） |  |  |  |
| 通所型サービス（独自）（A6）（通所介護相当サービス） | ○ | 令和〇年４月１日 |  |
| 通所型サービス（独自・定率）（A7）（通所型サービスA） |  | 中野市で指定を受ける（受けている）ものに○ |  |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ０ | １ | １ | １ | １ | １ | １ | １ | １ | （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 | ●●市（訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス） |

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。

他市町村で指定されたものに関してご記入ください。

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。