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。