様式第１号（第４条・第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定（更新）申請書

　　年　　月　　日

小美玉市長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　介護保険法に規定する事業者に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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･氏名・  生年月日 | 職名 | |  | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | |  | |  | | 生年月日 | |
| 氏 名 | | | | | | | | |  | |  | | 年　月　日 | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | 所 在 地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 既に指定を受けている事業の指定の有効期間満了日 | | 様式 |
| 訪問型サービス  （第１号訪問事業） |  | | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | 年　月　日 | | | | | 年　月　日 | | 付表１ |
| 通所型サービス  （第１号通所事業） |  | | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | 年　月　日 | | | | | 年　月　日 | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄は記入しないでください。

　　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」「有限会社」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入してください。

　　４　「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」を、既に指定等を受けているものに「○」を記入してください。

　　５　「指定申請をする事業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。

　　６　「既に指定を受けている事業の指定年月日」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を記入してください。

７　 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又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」

欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

８　付表１及び付表２については、市長が定める様式書類を使用してください。