様式第1号(第8条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業指定事業者指定申請書

　　　　　年　　月　　日

秩父市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

申請者　名　称

代表者職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | |  | | | |
| 申　請　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 | 訪問介護相当サービス事業 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | 付表1 |
| 訪問型サービスＡ事業 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | 付表1 |
| 通所介護相当サービス事業 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | 付表2 |
| 通所型サービスＡ事業 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | 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 | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | | | | | | |

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業の指定事業者の指定を受けたいので、秩父市地域支援事業実施要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

注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」「有限会社」等の別を記入してください｡

3 「法人所轄庁」欄、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 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してくだ

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

を記載してください。

7　保険医療機関、保健薬局、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」欄に記載してください。複数のコードを有す

る場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。