様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

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

　古河市長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　介護保険法第115条の45の５第１項に規定する指定事業者の指定を受けたいので、古河市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第１号事業者の指定等に関する要綱第２条第１項の規定により、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　者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 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 |  |
| E-mail |  |  |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名、氏名及び生年月日 | 職名 |  | フリガナ | 生年月日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| (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サービス事業（第１号事業） | 介護予防訪問サービス |  |  |  | 付表１ |
| 家事応援訪問サービス |  |  |  | 付表１ |
| 介護予防通所サービス |  |  |  | 付表２ |
| ミニデイ型通所サービス |  |  |  | 付表２ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 指定の有効期間の短縮の申出の有無（有りの場合は希望する指定の有効期間の満了日を記載） | □無し（６年間）□有り（指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者の指定の有効期間の満了日までの期間）⇒　　　年　　月　　日 |
| 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」及び「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　「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。