

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書

年 月 日

邑智郡総合事務組合  
 管理者 殿

所在地  
 申請者  
 名 称

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業事業者の指定の更新を受けたいので、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					
申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )					
		県		郡市			
			(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類			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 - )						
	県		郡市				
		(ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	事業所等の名称						
	事業所等の所在地	(郵便番号 - )					
		県		郡市			
			(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・生活支援サービス事業	旧介護予防訪問介護に相当するサービス (国の基準による訪問型サービス)					付表1	
	訪問型サービスA (組合独自基準による訪問型サービス：緩和型)					付表1	
	旧介護予防通所介護に相当するサービス (国の基準による通所型サービス)					付表2	
	通所型サービスA (組合独自の基準による通所型サービス：緩和型)					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							
医療機関コード等							

- 備考
- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。
  - 「法人の種類」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。
  - 「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。
  - 「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。
  - 「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。
  - 「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。
  - 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、そのすべてを記載してください。