|  |  |
| --- | --- |
| 王寺町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書 |  |

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 王寺町長　様 | 所在地    　　　　申請者　名　称  代表者職・名前 |

王寺町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する事業所(施設)に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　　在　　地 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | |
| 法人の種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | |  | | | | | | |
| 代 表 者 の 職・  名前・生年月日 | | | | 職　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | 生年月日  　　　　　年　　月　　日 | |
| 名　　前 | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の所在地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 事 業 所・施 設 の 種 類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | | | | 指定申請をする事業等の  事業開始予定年月日 | | | | 既に指定を受けている  事業等の指定年月日 | | | | 様　式 |
| 指定介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ事業 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 通所型サービス | 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 | | | | ２ | | ９ |  |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | 申請書担当者 | | | | |  | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | 連　　　　絡　　　　先 | | | | |  | | | |

備考

１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

３　「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入するこ

　 と。

４　「指定申請をする事業等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すること。

　 ５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

　 ６　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。

領収書の写しは，

この面に貼ってください。

（領収書の写しの右端をここに貼ってください。）