様式第１号（第３条関係）

第１号事業所指定（更新）申請書

年　　月　　日

久米南町長　様

所在地

申請者　名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所の指定（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 |  |
| 主たる事業所の所　　在　　地 | 〒　　　－ |
| 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・氏名・生年月日 | 職　名 |  | フリガナ |  | 生年月日年　　月　　日　 |
| 氏　　名 |  |
| 代表者の住所 | 〒　　　－ |
| 指定（更新）を受けようとする事業所の種類 | 事業所の名称 |  | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 事業所の所在地 | 〒　　　－ |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請する事業等の事業開始予定年月日(更新申請の場合は指定年月日) | 既に指定を受けている事業等の指定年月日(指定更新の場合は期間満了日) | 様　式 |
| 訪問介護相当サービス |  |  |  | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ（緩和した基準） |  |  |  |
| 通所介護相当サービス |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスＡ（緩和した基準） |  |  |  |
| 通所型サービスＣ（短期集中型） |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  | 指定を受けている他市町村 |  |

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。