|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

白子町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　　年　　月　　日

白子町長　様

申請者　名称

代表者の職名・氏名　　　　　　　　　　　印

介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定（指定の更新）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請(開設)者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | 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 | 訪問型サービス | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | 付表１ | |
| 通所型サービス | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | 付表２ | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に指定（許可）を受けている介護保険事業者番号 | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 申請書の作成担当者  氏名・電話番号・ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」欄には記入しないでください。

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」・「一般社団法人」・

「一般財団法人」・「株式会社」等の別を記入してください。

３　「既に指定（許可）を受けている介護保険事業者番号」が複数ある場合には、指定を受けようとす

る事業所の所在地と同一敷地内にて、指定又は許可を受けた介護保険事業者番号を記入してください。