様式第１号（第４条関係）

松浦市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所指定申請書

年　　月　　日

　松浦市長　　　　　　　　　様

　　　（名　　　称）

申請者

（代表者の職名・氏名）　　　　　　　　　　　㊞

　介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| Email | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 指定申請対象事業  (該当事業に〇) | | | 既に指定を受けている事業  (該当事業に〇) | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | 様　式 |
| 第１号訪問事業 | 自立支援ホームヘルプ | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表１ |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
| 第１号通所事業 | 自立支援デイサービス | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表２ |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
| 介護保険事業者番号 | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | | | | | |

　・裏面に記載に関しての備考があります。

備考　１ 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。

　　　２ 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、そのすべてを記載してください。

　　　３　「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。