様式第１号（第２条関係）

伊那市指定介護予防・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

　（宛先）伊那市長

申請者　所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定（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 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （〒　　　　　）  　　　　　県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | | 職名 | | | |  | | | | | | | | | | ふりがな | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 代表者の住所 | | （〒　　　　　）  　　　　　県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  業所の種類 | ふりがな  名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （〒　　　　　）  　　　　　県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 事業実施 | | | | | | 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 |
| 訪問型サービス（第１号訪問事業） | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Ｈ30年4月1日 | | | | | | |  | | | | 付表１ |
| 緩和した基準による  訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Ｈ30年4月1日 | | | | | | |  | | | | 付表２ |
| 通所型サービス（第１号通所事業） | 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Ｈ30年4月1日 | | | | | | |  | | | | 付表３ |
| 緩和した基準による  通所型サービスＡ－１（事業者指定型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Ｈ30年4月 | | | | | | |  | | | | 付表４ |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | 平成３０年２月１日時点において指定を受けている事業所番号 | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | |

備考

　１　「事業所所在市町村番号」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」「有限会社」等の別を記入してください。

　３　「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。

　４　「事業所」欄は、実施する事業所の名称、所在地、連絡先等を記入してください。

　５　「指定を受けようとする事業の種類」欄は、今回申請（更新）する種類の欄に、「〇」をし、「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。

６　既に指定を受けているものについては、その指定年月日を記入してください。

　７　「様式」欄の各付表は、それぞれ別に定める付表に記入してください。

　８　「指定を受けている市町村」の欄は、伊那市以外に指定を受ける（受けている）市町村名を記入してください。

　９　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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。