様式第１号（第２条関係）

年　　　月　　　日

　国分寺市長　殿

所在地

申請者　　名称

|  |  |
| --- | --- |
| 国分寺市介護予防・日常生活支援総合事業事業所 | 指定・更新申請書 |

　　　 代表者の職・氏名

国分寺市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する規則第２条第１項の規定に基づき，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | |  | |
| 代表者の氏名・職名及び生年月日 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 職名 | |  | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　―　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所及び事業の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　―　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 実施事業開始予定年月日 | | 既に指定を受けている事業の指定有効期間 |
| 訪問型サービス事業・従前相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |
| 通所型サービス事業・従前相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |
| 訪問型サービス事業・訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |
| 通所型サービス事業・通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | |
| 指定を受けている他市区町村名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　「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。

　２　「実施事業」欄は，今回の申請に係る事業の種類に応じ，該当する欄に○を記入してください。

　３　「実施事業開始予定年月日」欄は，今回の申請に係る事業の開始予定年月日を記入してください。

　４　「既に指定を受けている事業の指定有効期間」欄は，介護保険法による指定事業者として指定された有効期間を記載してください。

　５　「介護保険事業所番号」欄は，既に指定を受けている場合（総合事業の番号があればそちらを優先）に記入してください。