年　　月　　日

美濃市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　介護保険法第１１５条の４５の５第１項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 | |  | | |
| メールアドレス | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | |  | | |
| 代表者の職・  氏名・生年月日 | | | 職名 | | |  | | | | | | | | フリガナ  氏名 | | |  | | | | | 生年  月日 | 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・施設の種類 | 主たる事業所・  施設名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所・  施設の所在地 | | | （郵便番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| メールアドレス | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う  事業等の種類 | | | | | | | | 実施  事業 | | | | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | | | | 既に指定等を受けている事業等の指定年月日 | | | 様式 |
| 指定事業の種類 | 介護予防訪問介護相当サービス(現行相当) | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ  (緩和した基準によるサービス) | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス(現行相当) | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表２ |
| 通所型サービスＡ  (緩和した基準によるサービス) | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　実施事業は、今回指定を受けようとするものに「○」を記載してください。

　　　２　事業開始予定年月日は、今回の申請に係る事業等の開始年月日を記載してください。

　　　３　既に指定等を受けている事業等の指定年月日は、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。