様式第２号(第１１条関係)

**介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書**

　　　　　年　　月　　日

長瀞町長　　　　　　 　あて

申請者　名　称

代表者職名・氏名　　　　　　　　　印

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、長瀞町地域支援事業実施要綱第１１条第１項の規定により、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 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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の種類 | | | | | | | | | | | | 実施事業  (該当事業に○) | | | | | | | | 既に指定を受けている事業  (該当事業に○) | | | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | 様　式 |
| 介護予防  ・日常生活支援総合事業第１号事業 | 訪問介護従前相当サービス事業 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ事業 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | 付表１ |
| 通所介護従前相当サービス事業 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | 付表２ |
| 通所型サービスＡ事業 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | 付表２ |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| 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町村名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | | | | |

備考

1 ｢実施事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

2 ｢指定申請をする事業の開始予定年月日」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。

3 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。