|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 事業所所在市町村番号 |  |

様式第１号（第２条関係）

瀬戸内市介護予防・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

瀬戸内市長　　殿

　所在地

申請者　法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　瀬戸内市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて、　新規　・　更新　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 | | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | |
| 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概要 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う  事業の種類 | | | | | | | 実施事業該当に〇 | | | | 指定申請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 |
| 介護予防訪問 | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | 付表１ |
| 手助け訪問 | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | 付表１ |
| 介護予防デイサービス | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | 付表２ |
| 元気アップデイ | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | |
| 既に指定を受けている他市町村名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」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」「社団法人」「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　「実施事業」欄は，今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて，該当する欄に「○」を記入してください。

５　「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。