|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年　　月　　日

（宛先）五島市長

所在地

申請者

名 称　　　　　　　　　　　　　　　　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 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 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（更新）を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  |
| 事業所等の名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　）　　五島市 |
|  |
| 同一の所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定（有効期間満了）年月日 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 様式 |
| 訪問型 | 従前の訪問介護相当サービス |  |  |  |  |
| 訪問型サービスＡ |  |  |  |  |
| 通所型 | 従前の通所介護相当サービス |  |  |  |  |
| 通所型サービスＡ |  |  |  |  |
| 総合事業事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （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　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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」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　保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記載してくだ

さい。