別記様式第1号(第３条関係)

登別市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（第１号訪問事業訪問介護・第１号通所事業通所介護・第１号訪問事業訪問型サービスＡ・第１号通所事業通所型サービスＡ）指定申請書

　　年　　月　　日

　　登別市長　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　所  氏　名  法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名 |

　介護保険法に規定する第１号事業者（第１号訪問事業訪問介護・第１号通所事業通所介護・第１号訪問事業訪問型サービスＡ・第１号通所事業通所型サービスＡ）の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | |  | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (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 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | 実施  事業 | 指定の申請をする  事業の開始予定  年月日 | | 既に指定を受け  ている事業等の  指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | 第１号訪問事業  訪問介護 | |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | |  |
| 第１号通所事業  通所介護 | |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | |  |
| 第１号訪問事業  訪問型サービスＡ | |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | |  |
| 第１号通所事業  通所型サービスＡ | |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | |  |

備考１　「事業所所在地市町村番号」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」、「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、今回申請するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と、指定があったものとみなされたものに「みなし」を記入してください。なお、他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。

　　５　「指定の申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記載してください。