様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

（表）

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

袋井市長

住　所

申請者

氏　名

介護保険法第115条の45の５第１項（第115条の45の６第１項）の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ | | | | |  | | |
| 法人の  種　別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | |
| 代表者の職名、氏名及び生年月日 | 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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 付表番号 |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| （裏） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |
| 電子メールアドレス | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）

１　※印の欄には、記入しないこと。

２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「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、今回の申請に係る事業の種類等に応じ、該当する欄に◎

を記入すること。なお、既に居宅サービス事業所の指定を受けている事業者が

当該サービスに係る指定を受ける場合においては、既に指定を受けている事業

について該当する欄に○を記入すること。

５　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、今回の申請に係る事業

の開始予定年月日を記入すること。

６　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、今回指定を受けようとす

るサービス以外に既に指定を受けている事業の指定を受けた年月日を記入すること。

７　「介護保険事業所番号」欄は、既に指定を受けている場合に記入すること。

８　「医療機関コード等」欄は、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されている場合に記入すること。

９　既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、当該サービスに

係る事業所の指定を受ける場合において、介護予防サービス事業所の指定に係る届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できる。

また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、当該サービスに係る居宅サービス事業所の指定を受ける場合においても同様とする。

10　「電子メールアドレス」欄は、市から事業所への連絡等を受信する際に用い

る電子メールアドレスを記入すること。