様式第２号(第２条関係)

　　　　介護予防・日常生活支援総合事業

指定申請書

年　　　月　　　日

愛南町長　　様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地 | | (郵便番号　　　　-　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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等の種類 | | | | | | | | | | | 指定申請  対象事業  (該当事業に〇) | | | | | | 既に指定を受けている事業(該当事業に〇) | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | | 備考 |
| 第１号  訪問事業 | 国基準訪問型サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
| 基準緩和訪問型サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
| 第１号  通所事業 | 国基準通所型サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護保険事業者番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | (保険医療機関として指定を受けている場合) | | | | | | | |
| 今回申請する事業の有効期間を既に指定を受けている訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護又は介護予防・日常生活支援総合事業の指定の有効期間と同じとすることの申出 | | | | | | | | | | | | | | * 申出をします。   (同じ有効期間とする事業所名：　　　　　　　　　)   * 申出をしません。 | | | | | | | | | |

備考　１　「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。

　　　２　複数事業の指定申請を同時に行う場合、重複する書類は省略できます。

３　関係書類については、厚労省通知における様式例によるものとする。