|  |
| --- |
| 三次市介護予防・日常生活支援総合事業  指定介護予防・生活支援サービス事業者指定申請書 |

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 三次市長　様 | 申請者　法人所在地  法人名称  代表者の職・氏名 |

　　　第１号事業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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請(開設)者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | 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  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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | (郵便番号　　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 代表電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | | | | | |
| Email | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者氏名,  生年月日，  住所，経歴 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 住所，経歴  別添のとおり |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 同一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 | | | | |
| 介護予防訪問サービス | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 介護予防通所サービス | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 訪問介護 | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 通所介護 | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 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名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１「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「○」を記入すること。

２　用紙の大きさはA4版とすること。