様式第1号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※ |  |

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定申請書

　　年　　月　　日

鶴岡市長　　　　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

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　　等 | フ　リ　ガ　ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | （郵便番号　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  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　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の種類 | フ　リ　ガ　ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　　在　　地 | | | | （郵便番号　　　-　　　　）  山形県鶴岡市  施設等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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等の事業開始予定年月日 | | | | | | | 様　式 |
| 訪問介護相当 | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | 付表1 |
| 訪問型サービスA | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| 通所介護相当 | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | 付表2 |
| 通所型サービスA | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| 事 業 所 番 号 | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | |
| 医療機関コード等 | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | | | | |

備　考

１．「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。

２．「法人所轄庁」欄、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。

３．「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に「〇」を記入してください。

４．「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

５．保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は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、そのすべてを記載してください。