様式第１号（第２条関係）

第１号事業者指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　（宛先）

大津市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護保険法に規定する第１号事業を行う事業所に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 | | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 指定の申請をする事業  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 | |
| 指定を受けようとする  第１号事業の種類 | | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ（生活援助特化型） | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | （既に指定を受けている場合） | | | |
| 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、株式会社等の別を記入してください。

　２　「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。

　３　「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「○」を記入してください。

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

　５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、指定事業者として指定された年月日を記載してください。

　６　保険医療機関、保険薬局、介護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、その全てを記載してください。