

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	
第1号事業の種類 指定を受けようとする	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。