

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定（更新）申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

御所市長 様

所在地 御所市〇〇〇番地
申請者 株式会社 〇〇〇〇
名称 代表取締役 〇〇 〇〇 ㊟

介護保険法に規定する御所市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業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	カブシキガイシャ 〇〇〇〇												
	名称 (氏名)	株式会社 〇〇〇〇												
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
	法人の種別	営利法人					法人所轄庁							
代表者	職・氏名	職名	代表取締役		フリガナ	ゴセ タロウ		生年 月日	S O . O . O					
					氏名	御所 太郎								
	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇												
	住所	御所市〇〇〇番地												
事業所	フリガナ	〇〇ハウモンカイゴジギョウショ												
	名称	〇〇訪問介護事業所												
	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇												
	所在地	御所市〇〇〇番地												
指定を受けようとする事業			実施 事業	指定の申請をする事 業の開始予定年月日			既に指定を受けてい る事業の開始年月日			様式				
第1号訪問事業 (介護予防訪問介護相当サービス)			A3	R2. 4. 1						付表1				
第1号通所事業 (介護予防通所介護サービスA)										付表2				
介護保険事業所番号(既に指定を受けている場合)					9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
医療機関コード等														
					事業者区分									

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「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。
3 「法人所轄庁」欄は、申請（開設）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。
4 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。
5 「指定の申請をする事業の開始予定年月日」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。
6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、御所市による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。
7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人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、適宜記載してください。