様式第１号

（表）

年　　月　　日

綾川町長

申請者　主たる事務所の所在地

名　　　　　称

代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

綾川町介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

綾川町介護予防・生活支援サービス事業者の指定（更新）を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　　　請　　　　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | FAX | | | | |  | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名 | | 職名 |  | | フリガナ | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | | | 指定申請をする事業  （事業開始予定年月日） | | | | | 指定更新申請をする事業（現に受けている指定の有効期間満了日） | | | | | | | | | | 付表 | |
| 訪問型  サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | １ | |
| 訪問型サービスＡ | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | ２ | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 通所型  サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | ３ | |
| 通所型サービスＡ | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | ４ | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |

（裏）

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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「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入してください。

３　指定申請の場合、該当するサービスの「指定申請をする事業」欄に事業の開始予定年月日を記入してください。