

受付番号	
------	--

指定（更新）申請書

年 月 日

鶴田町長 殿

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名 ㊟

介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る第1号事業を行う者の指定（の更新）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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — )				
	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 — )				
指定を受けようとする事業所	事業所名称					
	事業所所在地	(郵便番号 — )				
		事業の種類	実施事業	事業の開始（予定）年月日	現に受けている指定の有効期間満了日	様式
	介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業		第1号訪問事業（現行の訪問介護相当サービス）			付表1
			第1号訪問事業（ ）			付表1
			第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）			付表2
			第1号通所事業（ ）			付表2
		第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）			付表	
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。
- 「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。
  - 「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。
  - 「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「○」を記入してください。
  - 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。