|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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（介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ） | | | | | |  |  | | | |  | | 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。

　　　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。

　　　４ 「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。

５　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。