様式第１号（第１１条関係）

みやま市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定・指定更新申請書

年　　月　　日

みやま市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
| 申請者 | 名称 |  |
|  | 代表者職・氏名 |  |

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る（指定・指定更新）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（届出者）者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | 法人の所管庁 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 法人設立年月日 | | | | | | |  | |
| 代表者の職  氏名 | | 職  名 |  | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所  及び電話番号 | | （〒　　　　－　　　　　　）  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名 称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | |  | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | 指定（開始）申請をする  事業の開始年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | 既に指定等を受けている  事業の指定（許可）年月日 | | | | | | | 様式 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 付表1-1 |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 付表2-1 |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | （既に認定を受けている場合） | | | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | （既に医療機関コード等が付番されている場合） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入担当者名 | 氏名等 | | | 役職名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | |  | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | |

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」「株式会社」等の別を記載してください。

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、今回申請するものに「◎」を、既に指定又は許可を受けているものに「○」を、指定又は許可があったものとみなされたものに「みなし」と記入してください。

４　「指定（開始）申請をする事業の開始年月日」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　「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定（許可）された年月日を記載してください。

６　保健医療機関、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、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。