|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※ |  |

様式第1号

指定訪問型サービス事業所

指定通所型サービス事業所

指定申請書

　　　　年　　　月　　　日

　　　名取市長　あて

申請者　所在地

名　称

代表者職氏名

　介護保険法に規定する事業所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  名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | TEL | | | |  | | | | | | | | | | FAX |  | | |
| 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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | 実施  事業 | | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | | 様式 |
| 第１号事業サービス | 訪問型サービス | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | 付表1 |
| 通所型サービス | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | 付表2 |
| 事業所番号 | | | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | |
| 医療機関コード等 | | | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |

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」等を記入してください。

　　 3　「法人所轄庁」欄、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。

　　 4　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　5　「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

　　6　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は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。