別記様式第３号（第７条関係）

芳賀町指定事業者指定（更新）申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

芳賀町長　様

所在地

申請者 法人名

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する第１号事業者の指定（更新）を受けたいので、芳賀町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第７条の規定に基づき、次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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | | 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 法 人 の 種 別 | |  | | | | 法人所轄庁 | | |  | | | |
| 代表者の職名・  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 | 事業所の名称 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 同一所在地内で行う事業の種類 | | 実施事業 | | | 指定申請する事業の事業開始予定年月日 | | | | | 既に指定を受けている事業指定年月日 | | |
| 介護予防・生活支援サービス事業 | 訪問介護相当サービス |  | | |  | | | | |  | | |
| 訪問型サービスＡ |  | | |  | | | | |  | | |
| 通所介護相当サービス |  | | |  | | | | |  | | |
| 通所型サービスＡ |  | | |  | | | | |  | | |
| 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 「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｡

２　「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。

３　「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ついて、該当する欄に

「○」を記入してください。

４　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は該当する欄に事業の開始予定年月日を、「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

５　保険医療機関、保健薬局、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。