

介護予防・日常生活支援総合事業事業者 指定申請書

年 月 日

可児市長 様

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	電話番号		F A X 番号		
		E m a i l				
	代表者の職名・氏名 ・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日
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の種類	フリガナ 事業所の名称					
	事業所の所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
	同一所在地において行う事業の種類	指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	
	指定事業の種類	訪問介護相当サービス（現行相当）			付表1-1	
		訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）			付表1-1	
		通所介護相当サービス（現行相当）			付表2-2	
	通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）			付表2-2		
	介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)				
	医療機関コード等	(保健医療機関として指定を受けている場合)				

備考 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 2 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。