

様式第1号（第3条関係）

観音寺市介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業所指定申請書

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者 名 称  
代表者の職名・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、観音寺市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱第3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<br>請<br>者      | フリガナ             |                               |                               |              |                   |                       |     |
|                  | 名 称              |                               |                               |              |                   |                       |     |
|                  | 主たる事務所の所在地       |                               | (郵便番号 ー )<br>県 郡市<br>(ビルの名称等) |              |                   |                       |     |
|                  | 連絡先              |                               | 電話番号                          |              | FAX番号             |                       |     |
|                  |                  |                               | Eメール                          |              |                   |                       |     |
|                  | 法人の種類別           |                               |                               |              | 法人所轄庁             |                       |     |
|                  | 代表者の職名・氏名・生年月日   |                               | 職 名                           |              | フリガナ<br>氏名        | 生年月日                  |     |
| 代表者の住所           |                  | (郵便番号 ー )<br>県 郡市<br>(ビルの名称等) |                               |              |                   |                       |     |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地         |                               | (郵便番号 ー )<br>県 郡市<br>(ビルの名称等) |              |                   |                       |     |
|                  | 同一所在地において行う事業の種類 |                               | 指定申請対象事業                      | 既に指定を受けている事業 | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | 様式                    |     |
|                  | 介護予防・日常生活支援総合事業  | 介護予防訪問事業                      |                               |              |                   |                       | 付表1 |
|                  |                  | 生活支援訪問事業                      |                               |              |                   |                       | 付表1 |
|                  |                  | 介護予防通所事業                      |                               |              |                   |                       | 付表2 |
|                  |                  | 生活支援通所事業                      |                               |              |                   |                       | 付表2 |
|                  |                  |                               |                               |              |                   |                       |     |
|                  |                  |                               |                               |              |                   |                       |     |
| 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         |                  |                               |                               |              |                   | (保険医療機関として指定を受けている場合) |     |

- 備考1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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 「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。
- 4 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、その全てを記載してください。