

受付番号

箕輪町介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 指定申請書

年 月 日

箕輪町長

所在地  
申請者  
名称



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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申請者	ふりがな 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		FAX番号			
	法人の種類		法人所轄庁				
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名	ふりがな 氏名		生年月日		
	代表者の住所		(郵便番号 — )				
	事業所等の所在地		(郵便番号 — )				
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定申請を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の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービスA					付表1
	サービス	通所型サービスA1					付表2
		介護予防ケアマネジメント					
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 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。
- 2 「法人の種類」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。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 「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記載してくだ

さい。

- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法に基づく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。
- 7 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」欄に記入してください。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。
- 8 既に介護予防・日常生活支援総合事業の事業所の指定を受けている事業者が、介護予防・日常生活支援総合事業の事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」、「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「役員の氏名、生年月日及び住所」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に介護予防・日常生活支援総合事業の事業所の指定を受けている事業者が地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても、同様です。