様式第１号

吉見町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日　　吉見町長　　　　様

所在地

申請者　名　称

　　　代表者

吉見町介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱第４条１項に掲げる指定事業者の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　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所 | 事業所の名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の開始予定年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | | 実施事業 | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | 当該事業の指定年月日 | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 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 | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | （指定又は許可を受けている場合） | | | | | | |

（裏）

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　「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について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。

　３　申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル、マンションの名称等についても記入してください。

４　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。

　添付書類は、次の書類を添えてください。

１　付表（指定様式）

　２　別に指示する添付書類