

第1号様式（第6条関係）

受付番号	
------	--

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

伊勢原市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者氏名

介護保険法第115条の45の5に規定する指定事業者の指定を受けたいので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	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	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 氏名	生年月日			
	代表者の住所	(郵便番号 -)					
事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
同一所在地において行う事業の種類	介護予防・日常生活支援総合事業	実地事業	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	添付する付表		
		国基準訪問型サービス			付表1		
		国基準通所型サービス			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							

備考

- 1 「受付番号」欄、「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 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 「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記載してください。
- 5 「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。
- 6 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。
- 7 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。