

様式第1号（第4条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

年 月 日

上富良野町長 様

所在地

申請者

名称

代表者氏名

印

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。

申請者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(〒 ー) 都道府県 市区				
	連絡先 法人の種別	電話番号	FAX番号			
	代表者の職・ 名前・生年月日	職名	フリガナ 名 前	生年月日 年 月 日		
	代表者の住所	(〒 ー) 都道府県 市区				
	指定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	フリガナ 事 業 所 の 名 称				
事 業 所 の 所 在 地		(〒 ー)				
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		実施 事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	既に指定を受けている 事業等の指定年月日	様 式	
介護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業		訪問介護 従前相当サービス				付表1
	通所介護 従前相当サービス				付表2	
介護保険事業所番号		申請書担当者				
医療機関コード等		連絡先				

備考

- 「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」等の別を記入すること。
- 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第71条第1項又は法第72条第1項（法第115条の11において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。
- 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。