様式第１号（第３条関係）

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

天童市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日

(宛先)天童市長

所在地

申請者　名　称

　　　　　　　代表者

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、下記のとおり、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 | 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 | | |  | | |
| Email | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | |

（裏）

備考

１　申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル又はマンションの名称

等についても記入してください。

２　添付書類は、次の書類を添えてください。

(1)　次のアからウまでの事業等の種類に応じた附表

ア　施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業（現行の訪問介護相当）　附表１

イ　施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業（現行の通所介護相当）　附表２

ウ　施行規則第１４０条の６３の６第２号に規定する基準に従う第１号訪問事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（訪問型サービスＡ）　附表３

　　(2)　別に指示する添付書類

　２　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

３　「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。

４　「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。

５　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、その全てを記載してください。

様式第１号（第３条関係）

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

天童市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日

(宛先)天童市長

名　称

申請者

　　　　　　　代表者職・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、下記のとおり、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 | 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 | | |  | | |
| Email | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | |

（裏）

備考

１　申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル又はマンションの名称

等についても記入してください。

２　添付書類は、次の書類を添えてください。

(1)　次のアからウまでの事業等の種類に応じた附表

ア　施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業（現行の訪問介護相当）　附表１

イ　施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業（現行の通所介護相当）　附表２

ウ　施行規則第１４０条の６３の６第２号に規定する基準に従う第１号訪問事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（訪問型サービスＡ）　附表３

　　(2)　別に指示する添付書類

　２　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

３　「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。

４　「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。

５　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、その全てを記載してください。