様式第１号（第２条関係）

長浜市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定（更新）申請書

　　年　　月　　日

長浜市長　あて

住　所

申請者

法人名

代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

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、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 | |  | | | |
| Email | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | 指定申請事業(該当に○) | | | | | 既に指定を受けている事業(該当に○) | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 通所介護(訪問介護)事業の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | 総合事業訪問介護 | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | 付表１１ |
| 生活支援訪問サービス | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | 付表１２ |
| 集中支援型訪問サービス | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | 付表１３ |
| 総合事業通所介護 | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | 付表１４ |
| 活動支援型通所サービス | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | 付表１５ |
| 集中支援型通所サービス | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | 付表１６ |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | | （既に指定を受けている場合） | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  | | （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | | | | |

備考

1　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。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。

2　付表１３については、申請するサービスに応じて付表１３－１、１３－２、１３－３を使用してください。