様式第１号（第３条関係）

飛驒市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　　年　　月　　日

飛騨市長　あて

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | |  | | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 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 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 既に同一敷地内で指定を受けている訪問介護又は通所介護、 | | | | 様式 |
| 指定年月日 | | | 指定番号 |
| サービス事業 | 訪問介護相当サービス事業 | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ（基準緩和型）事業　基準緩和訪問サービス | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | 付表１ |
| 通所介護相当サービス事業 | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | 付表２ |
| 通所型サービスＡ（基準緩和型）事業　基準緩和通所サービス | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | 付表２ |
|  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  |
| 既に指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | | | | | |

備考 １　「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」「式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３　「法人所轄庁」欄、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。

４　「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。

５　「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。

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。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。