

受付番号	
------	--

## 介護予防・生活支援サービス事業所 指定申請書

平成31年3月11日

(宛先) 吉野町長

申請者所在地  
名 称 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 ( ) )						
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 ( ) ) ----- 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	様式	
	支 援 総 合 事 業 第 1 号 介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 サ ー ビ ス	訪問型サービス (基準型)					付表1	
		通所型サービス (基準型)					H30.4.1	付表2
		通所型サービス (緩和型)			○	H31.4.1		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」「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」「株式会社」「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。  
 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。

