様式第１号

受付番号	

介護予防・生活支援サービス事業所　指定申請書

年　　月　　日

(宛先)吉野町長

所在地
申請者
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
介護予防・生活支援総合事業第１号事業サービス	訪問型サービス（基準型）				付表１
	通所型サービス（基準型）				付表２
	通所型サービス（緩和型）				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」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。