様式第１号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(更新)申請書

令和　　年　　月　　日

白老町長　様

　住所

申請者

　氏名

　白老町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第７条の規定により、事業者に係る指定(更新)を受けたいので、次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（開設）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 | | | | | |  | | | |
| 代表者の職氏名 | | 職名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | フリガナ  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・施設の種類 | 事業所等の所在地 | | (郵便番号　　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | 実施事業 | | | | | | | 指定(許可)申請をする事業等(事業開始予定年月日) | | | | | | | | | | | | | 既に指定(許可)を受けている事業等(指定年月日) | | | | | | 備考 |
| 訪問介護相当事業(旧介護予防訪問介護に相当するサービス) | | | | | |  | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | |  |
| 通所介護相当事業(旧介護予防通所介護に相当するサービス) | | | | | |  | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | |  |
| ケアマネジメントＡ  (介護予防支援と同様) | | | | | |  | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |  | |  | | | | (既に指定を受けている場合) | | | | | | | |
| 既に指定を受けている事業所の種類及び事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等コード等 | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |

備考１　「事業所所在市町村番号」欄は、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」「一般社団法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益財団法人」「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(更新)するものについて、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等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　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、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。

　　７　「医療機関コード等」欄は、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、そのコードを記載してください。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。