

稲城市介護予防・日常生活支援総合事業
指定第一号事業者指定・指定更新申請書

年 月 日

稲城市長 様

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。

| | | | | | | | |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|--|--------------------|-----------------------|------|
| 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 | | | | | | |
| | 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 名 称 | | | | | |
| 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 | | |
| 訪問型サービスA | | | | | | | |
| 訪問型サービスC | | | | | | | |
| 通所型サービスA | | | | | | | |
| 通所型サービスC | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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 | | | | | | (保険医療機関として指定を受けている場合) | |

備考1「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。

2「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。

3「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。

4「既に指定を受けている事業の指定年月日」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。

5 保険医療機関、保険薬局等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。