|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式第１号（第２条、第６条関係）

**伊賀市介護予防・日常生活支援総合事業**

**指定第１号事業者指定（更新）申請書**

　　年　　月　　日

（あて先）伊賀市長

所在地

申　請　者

名　称

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 | | | | | | | | | | 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 | 事業所等の  所在地 | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業サービス | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実　施  事　業  (指定更新事業) | | | | | 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指定年月日） | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日  （左記の指定の有効期間満了年月日） | 様式 |
| 訪問型サービス（現行相当サービス） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | 付表１ |
| 訪問型サービス（緩和した基準によるサービス） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | 付表１ |
| 通所型サービス（現行相当サービス） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | 付表２ |
| 通所型サービス（緩和した基準によるサービス） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | 付表２ |
| 一体的に運営している事業の種類 | | 既に指定を受けている事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 要綱第３条第４項の適用を受けようとする指定有効期限 | | | | | | | | | | 介護保険事業所番号 | |
| 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 通所介護（地域密着型通所介護） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 総合事業事業所番号 | | | |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | 指定を受けている  他市町村名 | | | | |  | |
| 記入担当者 | | |  | | | | | | | | | 記入担当者  連絡先 | | | | | | | | | 電話 | | | | | FAX | |

様式第１号　裏面

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　「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。

７　指定更新申請の場合は、「実施事業」欄は「指定更新事業」に、「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は「既に指定を受けている指定年月日」に、「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は「左記の指定の有効期間満了年月日」にそれぞれ読み替えてください。

８　「一体的に運営している事業の種類」欄は、指定有効期間を一体的に運営する事業の指定有効期限にあわせる適用を受けようとする場合に記載してください。