様式第１号（第３条、第５条関係）

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付番号 | | |  | | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 第１号事業指定事業者指定（更新）申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  筑西市長　　様  （申請者）所 在 地  名　　称  代表者名  介護保険法第１１５条４５の３第１項に規定する指定事業者の指定（第１１５条の４５の６第１項に規定する更新）を受けたいので、筑西市第１号事業指定事業者の指定等に関する要綱第３条第１項（第５条第１項）の規定により、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 名　　称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　者 | 主たる事業所の 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | |
| 法人の種別 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の氏名・ | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 職　名 | | | | | | |  | | | |
|  | 職名・生年月日 | | | | | 氏　名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
|  | 代表者の住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事務所の名称 | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所等の所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | | | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | 付表１ |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | 付表２ |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | 付表１ |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

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、申請者が法人のときは、「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」等の法人の種別を記入してください。

３　「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「〇」を記入してください。

４　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、指定事業者として指定を受けた場合に事業を開始する予定の年月日を記載してください。

５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、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。

６　保健医療機関、保険薬局、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は、適宜様式を補正し、又は別紙を添付してその全てを記載してください。

７　更新許可申請の場合は、備考欄に現に受けている指定の有効期間満了日を記入してください。