

様式第1号(規格 A4)(第2条関係)

みどり市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

みどり市長

様

所在地

事業者 名称

代表者氏名

印

介護保険法第115条の45の5第1項に規定する指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者(事業者)	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				法人所管庁	
	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 事業所の名称					
	事業所の所在地	郵便番号	—			
	連絡先	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 (該当欄に○)	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		
	介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの種類	介護予防訪問介護 相当サービス				
		介護予防通所介護 相当サービス				
その他 ()						
既に指定を受けている場合	介護保険事業所番号					
	指定市町村名					
医療機関コード等						

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 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、主務官庁の名称を記載してください。

3 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、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、その全てを記載してください。

市記入欄	受付番号	事業所所在市町村番号
------	------	------------