様式第１号(第２条関係)

令和　　年　　月　　日

　　美浦村長　殿

所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

美浦村介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業指定事業者指定申請書

　美浦村介護予防・日常生活支援総合事業の第１号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(開設)者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | | | (　　　　) | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | (　　　　) | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の  職・氏名 | 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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | | (　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | (　　　　) | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | 既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日  (第１号事業の指定期間を合わせることを希望する場合に記入) | | | | | | | | | 様式 |
| 訪問介護 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 介護予防訪問介護 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 第１号訪問事業  (介護予防訪問サービス) | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 付表１ |
| 通所介護 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 介護予防通所介護 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 第１号通所事業  (介護予防通所サービス) | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 付表２ |
| 介護保険事業者番号 | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | | (当該事業所が既に他のサービスで指定を受けている場合) | | | | |
| 所在市町村における指定の有無 | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | (当該事業所の所在地が美浦村でない場合) | | | | | | | | | | |

備考　介護保険法施行規則第140条の63の5第1項の規定に基づき，必要書類を添付してください。