様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

年　　　月　　　日

相馬市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

代表者

　介護保険法第１１５条の４５の５に規定する事業所の指定（同法第１１５条の４５の６指定の更新）を受けたいので、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　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名及び氏名・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（更新）を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 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等の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 |
| 第１号訪問事業 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 第１号通所事業 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 第１号介護予防支援事業 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 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 |  |

１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。

２　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合にその主務官庁の名称を記載してください。３　「実施事業」欄は、今回申請（更新）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。

５　「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。