

様式第1号（第3条関係）

受付番号

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

さぬき市長 殿

所在地 _____

申請者 名称 _____

代表者 _____

介護保険法第115条の45の5に規定する指定事業者の指定を受けたいので、さぬき市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第3条第1項の規定により、次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 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	法人の種別						
	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 —)				
申請に係る事業所	事業所の名称		(フリガナ)				
	事業所の所在地		(郵便番号 —)				
	事業の種類						
	事業の開始予定年月日						
同一事業所所在地に関する事項	実施事業	事業所等の名称			当該事業の指定年月日		
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							
医療機関コード等							

備考

- 1 申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル、マンションの名称等についても記入してください。
- 2 添付書類は、次の書類を添えてください。
 - (1) 次のア、イ及びウの事業等の種類に応じた付表
 - ア 施行規則第140条の63の6第1号イに規定する基準に従う第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス） 付表1
 - イ 施行規則第140条の63の6第1号イに規定する基準に従う第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） 付表2
 - ウ 施行規則第140条の63の6第2号に規定する基準に従う第1号訪問事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）に規定する旧介護予防訪問介護に係る基準より緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA） 付表3
 - (2) 別に指示する添付書類
- 3 「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。
- 4 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「（一般・公益）社団法人」「（一般・公益）財団法人」等の別を記入してください。
- 5 「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について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。
- 6 保険医療機関、保健薬局、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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

様式第1号（第3条関係）

（表）

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

平成△年▲月×日

さぬき市長 殿

所在地 香川県さぬき市長尾東○△■番地○

申請者 名称 株式会社○●

代表者 代表取締役 志度 太郎 ㊟

介護保険法第115条の45の5に規定する指定事業者の指定を受けたいので、さぬき市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第3条第1項の規定により、次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	カブシキガイシヤマルマル			
	名称	株式会社○●			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○			
	連絡先	電話番号	0879-52-○●○○	FAX番号	0879-52-○●○○
	法人の種別	株式会社			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ シド タロウ 氏名 志度 太郎	生年月日 昭和●年△月◇日
代表者の住所	(郵便番号769-2195) 香川県さぬき市志度○△■◇番地○				
申請に係る事業所	事業所の名称	(フリガナ) マルマルハウモンカイゴジギョウショ ○●訪問介護事業所			
	事業所の所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○			
	事業の種類	介護予防訪問介護相当サービス			
	事業の開始予定年月日	平成△年○月◇日			
同一事業地に関する	実施事業	事業所等の名称			当該事業の指定年月日
	訪問介護	○●訪問介護事業所			平成●年△月◇日
	訪問型サービスA	○●訪問介護事業所			平成●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					
医療機関コード等					

様式第1号（第3条関係）

（表）

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

平成△年▲月×日

さぬき市長 殿

所在地 香川県さぬき市長尾東○△■番地○

申請者 名称 株式会社○●

代表者 代表取締役 志度 太郎 ㊞

介護保険法第115条の45の5に規定する指定事業者の指定を受けたいので、さぬき市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第3条第1項の規定により、次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	カブシキガイシヤマルマル			
	名称	株式会社○●			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○			
	連絡先	電話番号	0879-52-○●○○	FAX番号	0879-52-○●○○
	法人の種別	株式会社			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ シド タロウ 氏名 志度 太郎	生年月日 昭和●年△月◇日
代表者の住所	(郵便番号769-2195) 香川県さぬき市志度○△■◇番地○				
申請に係る事業所	事業所の名称	(フリガナ) マルマルデイサービスセンター ○●デイサービスセンター			
	事業所の所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○			
	事業の種類	介護予防通所介護相当サービス			
	事業の開始予定年月日	平成△年○月◇日			
同一事業所所在地に関するお問い合わせ	実施事業	事業所等の名称			当該事業の指定年月日
	通所介護	○●デイサービスセンター			平成●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					
医療機関コード等					

様式第1号（第3条関係）

（表）

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

平成△年▲月×日

さぬき市長 殿

所在地 香川県さぬき市長尾東○△■番地○

申請者 名称 株式会社○●

代表者 代表取締役 志度 太郎 ㊞

介護保険法第115条の45の5に規定する指定事業者の指定を受けたいので、さぬき市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第3条第1項の規定により、次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	カブシキガイシヤマルマル				
	名称	株式会社○●				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○				
	連絡先	電話番号	0879-52-○●○○	FAX番号	0879-52-○●○○	
	法人の種別	株式会社				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ シド タロウ 氏名 志度 太郎	生年月日	昭和●年△月◇日
代表者の住所	(郵便番号769-2195) 香川県さぬき市志度○△■◇番地○					
申請に係る事業所	事業所の名称	(フリガナ) マルマルハウモンカイゴジギョウショ ○●訪問介護事業所				
	事業所の所在地	(郵便番号769-2392) 香川県さぬき市長尾東○△■番地○				
	事業の種類	訪問型サービスA				
	事業の開始予定年月日	平成△年○月◇日				
同行同一事業所在地に関する事項	実施事業	事業所等の名称			当該事業の指定年月日	
	訪問介護	○●訪問介護事業所			平成●年△月◇日	
	介護予防訪問介護相当サービス	○●訪問介護事業所			平成◇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						
医療機関コード等						