|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

雫石町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者申請書

　　年　　　月　　　日

雫石町長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

雫石町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | |
| Ｅｍａｉｌ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名･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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | | | | |  | | | 第１号訪問事業 | | | | | | | | | | | 付表１-１ | |
|  | | | 第１号通所事業 | | | | | | | | | | | 付表１-２ | |
| 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に指定（許可）を受けている  介護保険事業所番号 | | | | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |
| 申請書の作成担当者  氏名・電話番号・ＦＡＸ番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　1　「受付番号」欄には、記入しないでください。

2　「既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号」には、指定を受けようとする事業所にて

実施している訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護の指定又は許可を受けた介護保険事業

所番号を記入してください。