様式第３号（第１９条関係）

介護予防・生活支援サービス事業指定申請書

　　年　　月　　日

　大熊町長

所在地

申請者

氏名　　　　　　　　　　印

　大熊町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する事業所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 | 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 | | | | |  | | |
| 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 | 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | 実施事業 | | | | 事業開始予定日 | | | | | | | 既に指定を受けている事業の指定日 | |
| 訪問介護 | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
| 通所介護 | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
| 介護予防ケアマネジメント | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | |
| 添付書類 | ○指定居宅介護サービス事業者の指定、指定介護予防サービス事業者の指定又は指定居宅介護支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し  ○指定地域密着型サービス事業者の指定、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定又は指定介護予防支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | | | | |