第１号様式（第１５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

草加市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者等指定申請書

年　　月　　日

　草加市長　　　　　　　　宛て

所在地

申請者

名称

　介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者等の（指定・指定の更新）を受けたいので、草加市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第１５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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | | |
| 法人等の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 指定申請をする事業の  事業開始予定年月日 | | | | 既に指定を受けている  事業の指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防支援 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 介護予防ケアマネジメント | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表１ |
| 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表２ |
| 訪問型サービス（訪問型サービスＡ） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表３ |
| 訪問型サービス（訪問型サービスＢ） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表４ |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 介護予防通所介護 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表５ |
| 通所型サービス（通所型サービスＡ） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表６ |
| 通所型サービス（通所型サービスＢ） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 付表７ |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。

　　　2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「特定非営利法人」「(一般又は公益)社団法人」「(一

般又は公益)財団法人」「株式会社」「ボランティア団体」等の別を記入してください。

　　　3　「実施事業」欄は、今回申請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「○」を記入してください。

　　　4　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

　　　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入してくだ さい。