様式第１号（第２条関係）

第一号事業を行う者の指定(新規・更新)申請書

年　　月　　日

　　　椎葉村長　　　　　　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　印

　　介護保険法に規定する第一号事業を行う者として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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 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　　　　―　　　　　）  　　　　　　県　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・  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　　　　―　　　　　）  　　　　　　　　　　県　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 事業所等の  所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　　）  　　　　　　　　　　県　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | 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 | |
| 第一号訪問事業 | 訪問介護サービス | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 第一号通所事業 | 通所介護サービス | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 第一号生活支援事業 |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 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　「関係書類」とは、介護保険法施行規則第140条の63の５第１項各号に規定する

内容を確認できる書類をいう。