

平群町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年 月 日

平群町長 殿 (名称)
 申請者 (代表者の職名・氏名)

平群町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する事業所に係る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 ー) 県 郡市				
	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 氏名		生年月日	
代表者の住所		(郵便番号 ー) 県 郡市					
指定を受けようとする事業所の種類	事業等の種類		指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業の 指定年月日	指定申請をする事業の 開始予定年月日		
	指定介護予防・生活支援サービス	訪問介護現行相当サービス					
		訪問型サービスA事業					
		通所介護現行相当サービス					
		通所型サービスA事業					
介護保険事業者番号	 (既に指定を受けている場合)					

備考

- 1 「指定申請対象事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 既に現行相当サービスまたはA事業のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の現行相当サービスまたはA事業の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。

備考

- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、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、そのすべてを記載してください。
- 3 既に地域密着型サービス事業所の指定をうけている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。