様式第１号（第２条関係）

第１号事業を行う者の指定申請書

年　　　月　　　日

　　　新富町長　　　　　　様

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　印

　　介護保険法に規定する第１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 | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 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。