|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 受付番号 |  |   倉吉市介護予防・日常生活支援総合事業指定・更新　申請書  　　年　　月　　日  倉吉市長　　様  所在地  申請者  名　称  　介護保険法に規定する事業者に係る指定・更新を受けたいので、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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 添付  書類 | | |
| 訪問型  サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | 付表１ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| 通所型  サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | 付表２ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| 介護保険事業者番号 | | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | （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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請する事業等にあっては該当する欄に「◎」、既に指定を受けている事業等にあっては該当する欄に「○」、指定があったものとみなされた事業等にあっては該当する欄に「みなし」を記入してください。

５　「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載してください。６　「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

　載してください。

７　保険医療機関、保健薬局、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。

８　｢介護保険事業者番号｣は、既に指定等を受けている場合に記載してください。