別記様式第１号（第４条関係）

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

　津別町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者申請書

　　年　　月　　日

津別町長　　　　　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　印

指定事業者の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 | 名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | | | | |  | | | |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | 事業所の名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の開始  予定年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う  事業に関する事項 | | 実施事業 | | | | | | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | 当該事業の指定年月日 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」「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、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　「事業の種類」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、該当する欄に記入してください。

５　「指定を受けようとする事業所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　「当該事業の指定年月日」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　添付書類は、次の書類を添えてください。

（１）次のアからエまでの事業等の種類に応じた付表

　　ア　施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業（現行の訪問介護相当）付表１

　　イ　施行規則第１４０条の６３の６第１号イに規定する基準に従う第１号通所事業（現行の通所介護相当）付表２

　　ウ　施行規則第１４０条の６３の６第２号に規定する基準に従う第１号訪問事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（訪問型サービスＡ）付表３

　　エ　施行規則第１４０条の６３の６第２号に規定する基準に従う第１号通所事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防通所介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（通所型サービスＡ）付表４