

受付番号	
------	--

様式第2号（第9条関係）

大田原市介護予防・生活支援サービス事業指定事業所指定（更新）申請書

年 月 日

大田原市長 様

所在地
申請者 名称
代表者

Ⓜ

介護保険法に規定する介護予防・生活支援サービス事業の事業所に係る指定（更新）を受けたいので、次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	ふりがな					
	名 称					
	主たる事業所の所在地	(〒 -)				
	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	名 職		ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
指定を受けようとする事業所	ふりがな					
	名 称					
	事業所の所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		e-mail				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請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	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス (ホームヘルプ)				付表1	
	訪問型サービスA1 (えぶろんサービス)				付表1	

訪問型サービスA2 (まごのてサービス)											付表1
介護予防通所介護相当サービス (デイサービス)											付表2
通所型サービスA (はつらつデイサービス)											付表2
通所型サービスC (短期集中リハビリ教室)											付表2
介護保険事業者番号											指定を受けている他市町村名
保健医療機関コード等											

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」の欄は、記入しないこと。
- 2 「法人の種別」の欄は、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すること。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、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入すること。
- 4 「実施事業」の欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものの該当欄に「○」を付けること。
- 5 「指定申請する事業の事業開始予定年月日」の欄は、該当する事業の開始予定年月日を記入すること。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」の欄は、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入すること。
- 7 保健医療機関、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「保健医療機関コード等」の欄に記載すること。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載すること。