様式第１号（第３条関係）

熊野町介護予防・日常生活支援総合事業指定申請書

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 熊野町長　　様 | 所在地  　　　　　　(個人にあっては，住所)  　　　　申請者　名称  代表者職・名前  　　　　　 　　 (個人にあっては，名前) |

介護保険法(平成９年法律第１２３号)に規定する事業所(施設)に係る指定を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・名前・生年月日 | | | | 職名 | | | |  | | | | | | | | | フリガナ | | |  | | | | | | 生年月日  　　　　　年　　月　　日 | |
| 名前 | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の所在地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 事業所・施設の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | | | | 様式 |
| 指定介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 通所型サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | 付表２ |
| 希望する指定の有効期間 | | | | | | | | □　６年間  □　指定訪問介護事業者，指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者と　しての指定の有効期間の満了日までの期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | | 申請書担当者 | | | | | |  | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | | 連絡先 | | | | | |  | | | |

備考

１　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許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。

３　「実施事業」欄は，今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて，該当する欄に○を記入すること。

４　「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は，該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。

５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は，指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・　　　　指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定　　　　により指定があったものとみなされたときは，保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

６　「医療機関コード等」欄は，保険医療機関，保険薬局又は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，そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には，様式を補正して，そのすべてを記入すること。

７　指定訪問介護事業者，指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者であって，同一の事業所において一体的に第　　　　 １号訪問事業又は介護予防通所介護相当サービスを行う場合には，この申請による指定の有効期間をこれらの事業者としての　　　　 指定の有効期間の満了の日までの期間とすることができますので，いずれか希望する指定の有効期間をチェックしてください。