別記様式第３号（第９条、第10条関係）

　　　年　　　月　　　日

　福生市長　宛て

申請（開設）者　所在地

名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　印

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定・更新申請書

福生市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて　新規・更新　申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（開設）者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | 生年月日 | |
|  | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | |  | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 代表者の住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | 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 | | | |
| 事業の種類 | | | 指定年月日 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  |
| 訪問型サービスA | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  |
| 介護予防ケアマネジメント | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  |
| 介護保険事業者番号 | | |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  | ※既に他の指定を受けている場合 | | | | | | |

関係資料　　別紙のとおり

記入上の留意事項

１　「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。

２　「同一所在地において行う事業の種類」欄には、今回申請するサービス種類の該当の欄に○印を記入してください。

３　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄には、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

４　「既に指定を受けている事業」欄には、介護保険法による指定事業者として指定された事業の種類及び指定年月日を記入してください。