様式第１号（第２条関係）

指定申請書

年　　月　　日

（宛先）幸田町長

申請者　所在地

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　介護保険法第７８条の２第１項の規定による指定地域密着型サービス事業者の指定

□　介護保険法第７９条第１項の規定による指定居宅介護支援事業者の指定

□　介護保険法第１１５条の１２第１項の規定による指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定

□　介護保険法第１１５条の２２第１項の規定による指定介護予防支援事業者の指定

を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の種別及び所轄庁 | 種別 | | | | 所轄庁 | | | | | | | |
| 法人の連絡先 | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | |
| 電子メール | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所又は施設 | ふりがな  名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | |
| 電子メール | | | | | | | | | | | |
| 代表者 | ふりがな  氏名 | | | | 職名 | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業 | 種類 | | | | | | | | | | | |
| 開始予定年月日 | | | | | | | | | | | |
| 既に指定等を受けている事業 | 種類 | | | | | | | | | | | |
| 指定等年月日 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の事業　　　有（別紙一覧のとおり）　・　　無 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の区分及びコード | 区分 | | | | コード | | | | | | | |

備考　介護保険法施行規則の規定に従い、必要事項を記載した書類を添付すること。