

受付番号	
------	--

指定申請書

年 月 日

和 泉 市 長 様

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職名および氏名

介護保険法に規定する第1号事業の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。なお、本申請に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
		(建物の名称等)				
	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	職名	フリガナ			生年月日
氏名						
代表者の住所	(郵便番号 —)					
	(建物の名称等)					
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	第1号事業	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
		訪問介護相当サービス				
		共生型訪問介護相当サービス				
訪問型サービスA						
通所介護相当サービス						
共生型通所介護相当サービス						
通所型サービスA						

同一所在地において行う事業の種類(居宅サービス等)	事業の種類	実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
	訪問介護			
	通所介護			
	地域密着型通所介護			
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				

備考

- 「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。
- 「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、株式会社等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」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載してください。
- 「実施事業」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「○」を記入してください。
- 「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。
- 「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。