様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

　米　原　市　長　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

米原市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定（更新）申請書

　指定第１号事業者の指定（の更新）を受けたいので、米原市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第１号事業者の指定等に関する規則第４条第１項（第２項）の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | | | |  | |
| 申　請　者 | フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　　在　　地 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（の更新）を受けようとする事業所等 | フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所　　在　　地 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 既に受けて  いる指定等  の有効期間 | | | 様式 |
| 介護予防・  日常生活支  援総合事業  第１号事業 | 総合事業訪問介護 | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | 付表１ |
|  | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  |
| 総合事業通所介護 | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | 付表２ |
| 総合事業通所型サービス | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |
| 医療機関コード等 | | | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | | | |  |  | |  | |  | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には、記入しないでください。

２　「実施事業」欄は、今回（更新）申請するものおよ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。

３　「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してください。

４　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、介護保険法により指定第１号事業者として指定された年月日を記入してください。

５　「既に受けている指定等の有効期間」欄は、指定の更新を受けようとする事業所（施設）および同一所在地にある指定事業所（指定施設）の指定の有効期間満了日を記入してください。

６　「介護保険事業所番号」は、既に指定を受けている場合に、そのコードを記入してください。

７　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設また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「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。