様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年　　月　　日

　　　杵築市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　杵築市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第３条の規定により、事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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 | | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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･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　　　－　　　　　）  　　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業 | 事業所等の名所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | |
| 同一所在地において行う事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | 指定申請をする事業の  事業開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | 既に指定等を受けている  事業の指定年月日 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」欄には記載しないでください。

２　「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。

３　「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。

４　「指定を受けようとする事業」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

５　「既に指定等を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定された年月日（同法第７１条又は第７２条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第４条、第５条、第７条及び第８条の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては、「１２．４．１」）を記載してください。

６　　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又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、そのすべてを記載してください。