様式第１号(第３条関係)　記入例

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所がある所在地の  市町長名  例：泉佐野市長 | 受付番号 |  |

指定申請書

年　　月　　日

　　　　　　　様

主たる事務所の所在地　大阪府泉佐野市○○町○丁目○番○号

申請者　名称　　　　　　　　　株式会社　○○○○○○

代表者の職名及び氏名　代表取締役　○○　○○　　　　印

　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]欄  法人登記事項証明書に記載されている法人の名称、所在地、代表者の職名、氏名及び住所 | | | | | | | |  |
| 申請者 | フリガナ | | カブシキガイシャ　○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | 株式会社　○○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | (郵便番号５９８－○○○○)  大阪府泉佐野市○○町○丁目○番○号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (建物の名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | 072-000-0000 | | | | | | | FAX番号  営利法人（株式会社等）は記入不要 | | 072-000-0000 | | | | |
| 法人の種別 | | 株式会社 | | | | | 法人所轄庁 | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | | 職名 | | 代表取締役 | | | フリガナ　○○　○○ | | | | | | | | | 生年月日  昭和○○年○○月○○日 | | |
| 氏名　　　○○　○○ | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | (郵便番号５９８－○○○○)  大阪府泉佐野市○○町○丁目○号○号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (建物の名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | ○○○○カイゴサービス | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | ○○○○介護サービス | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号５９８－○○○○)  大阪府泉佐野市○○町○丁目○番○号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | 072-000-0000 | | | | | | | FAX番号 | | 072-000-0000 | | | |
| 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 | | | | | | | ○ | | | ○○年〇月１日 | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |
| 通所介護相当サービス  訪問介護を同時に申請する場合に記入 | | | | | | |  | | | 訪問介護の指定を既に受けている場合に記入 | | | | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | ○ | ○○年〇月１日 | ○○年〇月○日 |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 | | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  |  | (既に指定を受けている場合)  訪問介護の指定を既に受けている場合に記入 | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | |

備考

　1　「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。

　2　「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。

　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　「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。

　5　「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。

　6　「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。