（様式第１号）

指定訪問型・通所型サービス事業者　　# 指 定 申 請 書

年　　月　　日

矢　掛　町　長　　殿

申請者
所在地
（個人にあっては，住所）
名　称
代表者職・名前　　㊞
（個人にあっては，名前）

介護保険法（平成９年法律第１２３号）に規定する事業所（施設）に係る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。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | （〒　　―　　）<br>都道府県　　郡市区 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | ＦＡＸ番号 | | |
| | 法人の種別 | | | 法人の所轄庁 | | | |
| | 代表者の職・名前・生年月日 | 職名 | | フリガナ | | 生年月日 | |
| | | | | 名前 | | 年　月　日 | |
| | 代表者の住所 | （〒　　―　　）<br>都道府県　　郡市区 | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 事業所・施設の名称 | | | | | | |
| | 事業所・施設の所在地 | （〒　　―　　）<br>岡山県　小田郡矢掛町 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | ＦＡＸ番号 | | |

| 事業所・施設の種類 | | | 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 | 様式 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 指定介護予防・日常生活支援サービス | 訪問型サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | 付表１ |
| | 通所型サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | 付表２ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 介護保険事業所番号 | ３３ | 申請書担当者 | |
| 医療機関コード等 | | 連絡先 | |

（裏面）

備考
１　「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」等の別を記入すること。
２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許可法人である場合に，その主務官庁の名称を記入すること。
３　「実施事業」欄は，今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて，該当する欄に○を記入すること。
４　「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すること。
５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は，指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは，保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。
６　「医療機関コード等」欄は，保険医療機関，保険薬局又は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，そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には，様式を補正して，そのすべてを記入すること。