

## 朝霞市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

（宛先）朝霞市長

所在地  
申請者 名 称  
代表者の職・氏名

㊟

介護保険法に規定する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 - ）				
		（ビルの名称等）				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類別		法人所轄庁			
	代表者の役職名・氏名・生年月日	役職名	フリガナ		生年月日	
氏 名						
代表者の住所	（郵便番号 - ）					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	名 称					
	事業所等の所在地	（郵便番号 - ）				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業 <small>（該当する欄に○）</small>	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	様 式
	第1号事業	介護予防訪問介護相当サービス				付表1
		訪問型サービスA				付表1
		介護予防通所介護相当サービス				付表2
		通所型サービスA				付表2
介護保険事業所番号		（当該事業所が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						
医療機関コード等		（保険医療機関として指定を受けている場合）				

- 備考 1 「法人の種類」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。
- 2 「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。
- 3 「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○を記載してください。
- 4 「指定申請をする事業の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。
- 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として指定された年月日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。