様式第１号（第１４条関係）

**加東市介護予防・日常生活支援総合事業　指定申請書**

　　年　　月　　日

加東市長　　　様

所在地

申請者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

加東市通所介護相当サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱第１４条第１項の規定に基づき、介護保険法第１１５条の４５の５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 | | |  | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | | | | |
| 代表者の  職名・氏名・生年月日 | 職名 | | | |  | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | 生年月日    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 | 事業所等  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始  予定年月日 | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | | 訪問介護相当サービス事業 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 日常生活援助事業 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 通所介護相当サービス事業 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 元気応援通所事業 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| ミニデイサービス事業 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 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  他市町村名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | |

備考１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、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「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「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。

６「既に指定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。

７　保険医療機関、保健薬局、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。

８　既に介護予防・日常生活支援総合事業所の指定を受けている事業者が、他の介護予防・日常生活支援総合事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係るサービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。