第１号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　　月　　　日

船橋市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　　船橋市長　あて

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | TEL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 | | フリガナ | |  | | | | | | | 職名 |  | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 |  | | |
| 代表者の住所 | | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | TEL番号 | | |  | | | | | | FAX番号 |  | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 同一所在地において行う事業又は既に指定を受けている事業の種類 | | | | | | | 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 | |
| 第一号事業 | 介護予防訪問型サービス | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 介護予防通所型サービス | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 介護予防生活支援サービス | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 介護予防運動機能向上デイサービス | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 介護予防ミニデイサービス | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 併設する指定訪問介護事業所、指定通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護事業所 | 介護保険事業所番号 | | 事業所名 | | | | | | | サービス種別 | | | | 指定年月日 |
|  | |  | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  | | | |  |
| 既に受けている指定の介護保険事業所番号 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 既に指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | |

備考 指定を受けようとする事業の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。