様式第１号（第４条、第８条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定訪問型サービス事業所

指定通所型サービス事業所

指定事業者指定（更新）申請書

年　　　月　　　日

　　　牧之原市長　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

指定事業者として指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて（新規・更新）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　　　－　　　　）  　　　　　　　県　　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別※ | |  | | | | | | | | | | | 法人所管庁※ | | | | |  | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | | 職名 | | | |  | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | 生年月日 |  | |
| 氏名 | | | | |  | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　　　県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　　　県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 指定申請対象事業  (該当事業に○) | | | | 既に指定を受けている事業  (該当事業に○) | | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | 様式 |
| 訪問型 | 介護支援型訪問サービス（従前相当型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表1 |
| 自立支援型①訪問サービス（緩和型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表1 |
| 自立支援型②訪問サービス（緩和型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表1 |
| 通所型 | 一日型通所サービス（緩和型・一体型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表2 |
| 一日型通所サービス（緩和型・単独型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表2 |
| 半日型運動機能向上型通所サービス（緩和型・一体型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表2 |
| 半日型運動機能向上型通所サービス（緩和型・単独型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表2 |
| 半日型生活機能向上型通所サービス（緩和型） | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | 付表2 |
| 既に指定を受けている  事業の種類 | | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | （既に指定又は許可を受けている場合） | | | | | | | | | | |
| 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　「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　　２　「受付番号」欄及び「事業所所在地区市町村番号」欄には記載しないでください。

３　「法人の種別」欄には、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。

４　「法人所轄庁」欄には、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。

５　保険医療機関、保険薬局、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。