様式第１号（第２条関係）

豊山町指定第１号事業者指定申請書

　　年　　月　　日

豊山町長

申請者　住所

　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

豊山町介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定第1号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 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所又は主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | |  | | | | | | | ふりがな | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | 事業開始予定年月日 | | | | | | | | 記載事項 | | | | | | | 指定を受けている事業の指定年月日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の区分及びコード | | | | | | 事業区分 | | | | | | |  | | | | | コード | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |

備考　１　「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、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記載すること。

　　　２　「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すること。

　　　３　「事業開始予定年月日」欄には、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載すること。

　　　４　「指定を受けている事業の指定年月日」欄には、既に指定を受けている事業の指定年月日を記載すること。

　　　５　「医療機関等の区分及びコード」欄には、事業所について保険医療機関、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されている場合に記載し、「事業区分」は当該事業所の医科、歯科、薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションの別を、「コード」は当該事業所の医療機関コード等を記載すること。