

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						
	法人の種類別					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											
指定を受けようとする事業所	代表者の住所	(〒 - ) (ビルの名称等)											
	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
- 「法人の種類別」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。
  - 「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。
  - 「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。
  - 「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。
  - 「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。