

受付番号

サービス事業者指定申請書

年 月 日

(宛先)今治市長

所在地

申請者

名称

介護保険法に規定する事業所に係る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。

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 ー ) 県 市			
			(ビルの名称等)			
	連絡先		電話番号	FAX番号		
	Email					
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所		(郵便番号 ー ) 県 市			
	事業所等の所在地		(郵便番号 ー ) 県 市			
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
訪問型サービス	訪問型サービス (現行相当)					付表1
	生活支援型訪問サービス					
通所型サービス	通所型サービス (現行相当)					付表2
	ミニデイ型通所サービス					
	機能向上型通所サービス					
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」欄には記載しないでください。

2 「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。

3 「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。

4 「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。

5 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。