行橋市介護予防・日常生活支援総合事業

受託事業に係る申請書

年　　　月　　　日

行橋市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

（個人にあっては、住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・名前　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（個人にあっては、名前）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | |  | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | 法人の所轄庁 | | | | |  | |
| 代 表 者 の職・名前・生年月日 | | | 職　名 | |  | | | フリガナ | |  | | | | | 生年月日 | |
| 名前 | |  | | | | |
| 年　　月　　日 | |
| 代表者の住所 | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業を実施する事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の所在地 | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 福岡県　行橋市 | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 実施する事業名 | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | 申請をする事業等の  事業開始予定年月日 | | | 様　式 |
| 行橋市介護予防・日常生活支援総合事業 | 訪問型サービス | | |  | | | | | | |  | |  | | | 付表１ |
| 通所型サービス | | |  | | | | | | |  | |  | | | 付表２ |
| 生活支援サービス | | |  | | | | | | |  | |  | | |  |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 申請担当者 | | |  | | | | | | | 連絡先 | | |  | | | | |

行橋市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条の規定により，次のとおり関係書類を添えて提出します。

備考

１　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許可法人である場合に，その主務官庁の名称を記入すること。

３　「実施事業」欄は，今回の申請に係るもの及び,既に届け出ている事業に該当する欄に○を記入すること。

４　「事業開始予定年月日」欄は，該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。