様式（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**通所介護相当サービス事業・訪問介護相当サービス事業**

**指定・更新申請書**

　　年　　月　　日

行橋市長　殿

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

行橋市総合事業要綱に規定する事業所に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、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　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | |  | | | | | | | 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 | 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施事業 | | | | | | | | | | | | | | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | | | |
| 日常生活支援  総合事業 | ①通所介護相当サービス事業 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ②訪問介護相当サービス事業 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | |

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「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合には、「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｡

3「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合には、その主務官庁の名称を記載してください。

4「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、該当する項に「○」を記入してください。

5「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する項に事業の開始予定年月日を記載してください。

6介護予防通所事業所及び介護予防訪問事業所の指定を受けている事業所については、当該事業所番号を「介護保険事業所番号」欄に記入してください