

介護予防・日常生活総合事業指定事業所 指定・指定更新申請書

年 月 日

市 川 市 長

所 在 地
申請者 名 称
代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る（指定・指定更新）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	フリガナ											
	名称											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
		Email										
	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 —)										
事業所等	フリガナ											
	名称											
	事業所の所在地	(郵便番号 —)										
	事業の種類					指定・指定更新申請をする事業の開始・更新予定年月日				既に指定を受けている事業の指定年月日		
	第1号訪問事業											
	第1号通所事業（基準緩和通所型サービスを除く。）											
	基準緩和通所型サービス											
介護保険事業所番号											(既に指定を受けている場合)	
医療機関コード等												
指定を受けている他市町村名												

備考

- 1 「指定・指定更新申請をする事業の開始・更新予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始・更新予定年月日を記載してください。
- 2 「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を受けた年月日を記載してください。
- 3 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、その全てを記載してください。