

介護予防・日常生活支援サービス事業所指定申請書

年 月 日

木古内町長 様

所在地  
申請者  
名 称

印

木古内町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する事業所に係る指定を受けたいので、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 ー ) 道 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 氏名	生年月日 年 月 日	
代表者の住所	(郵便番号 ー ) 道 郡市 (ビルの名称等)					
事業の種類	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 ー ) 道 郡市 (ビルの名称等)				
	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	様式	
	訪問介護					
	通所介護					
	介護予防ケアマネジメント					
添付書類	○指定居宅介護サービス事業者の指定、指定介護予防サービス事業者の指定又は指定居宅介護支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し					
	○指定地域密着型サービス事業者の指定、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定又は指定介護予防支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し					
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						