

受付番号	記入不要
事業所所在市町村番号	

河内長野市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者 指定申請書

年 月 日

（宛先）河内長野市長

住 所 大阪府河内長野市●●町▲-▲
 申請者 法人名 株式会社 ●●
 代表者職・氏名 河内 一郎 印

介護保険法第115条の45の5第1項の規定によ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。

申 請 者	フリガナ									
	名 称	株式会社 ●●								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 586 - ●●▲▲) 大阪府河内長野市●●町▲-▲								
		(ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号	0721-●●-▲▲▲▲							
		FAX 番号								
	法人の種別	(備考2)	法人所轄庁	(備考3)						
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ カワチ イチロウ	生年月日						
			氏名 河内 一郎	昭和●年●月●日						
代表者の住所	(郵便番号 586-●●◆◆) 大阪府河内長野市▲▲町●-●									
	(ビルの名称等)									
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 586 - ▲▲●●) 大阪府河内長野市●●町-●								
					記入不要					
	同一所在地において行う事業の種類	備考4		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			○						
	※訪問介護	既に指定事業所の指定を受けている場合は、その事業所番号を記入してください。 ※地域密着型サービスと介護予防通所介護が一体型の場合は「277・・・」、地域密着型サービスのみの場合は「279・・・」を記入。		○	H29.5.1	H27.3.1				
	※通所サービス事業			○	H29.5.1					
介護保険事業所番号	2	7	7	●	●	●	●	●	●	(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7)									

みなし指定を受けている場合は、**最初に介護予防の事業者指定を受けた年月日**
 みなし指定を受けていない場合は**事業開始予定の年月日**をどちらかの欄に記入(備考5・6)

みなし指定を受けていない事業者で、他市町村で現行相当サービスの指定を受けている場合に記入してください。

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、「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、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、該当する欄に「○」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、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「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。なお、「※訪問介護」及び「※通所介護」の指定は他機関での指定となるため、他機関において指定された年月日を記載してください。
- 7 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。