

様式第2号(第2条関係)
介護予防・日常生活支援総合事業

指定申請書

年 月 日

愛南町長 様

(名称)
申請者
(代表者の職名・氏名)

介護保険法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。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事業所の所在地	(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 氏名		生年月日
代表者の住所	(郵便番号 -)					
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始 予定年月日	備考	
	第1号 訪問事業	国基準訪問型サービス				
		基準緩和訪問型サービス				
	第1号 通所事業	国基準通所型サービス				
介護保険事業者番号						
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					
今回申請する事業の有効期間を既に指定を受けている訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護又は介護予防・日常生活支援総合事業の指定の有効期間と同じとするものの申出			<input type="checkbox"/> 申出をします。 (同じ有効期間とする事業所名：) <input type="checkbox"/> 申出をしません。			

- 備考 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 複数事業の指定申請を同時に行う場合、重複する書類は省略できます。
- 3 関係書類については、厚労省通知における様式例によるものとする。