

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

四日市市長

(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					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市				
	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 - ) 県 郡市					
指定事業受ける事業所の種類とす	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等 (該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表1	
	緩和した基準による訪問型サービス					
	介護予防通所介護相当サービス				付表2	
	緩和した基準による通所型サービス					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類	訪問介護					
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
地域密着型通所介護						
介護保険事業所番号	..... (既に指定又は許可を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等	..... (保険医療機関として指定を受けている場合)					

備考 1 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。