別記様式第1号(第2条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 指定訪問介護相当サービス事業所　　指定生活支援型訪問サービス事業所  指定通所介護相当サービス事業所  指定短時間型通所サービス事業所 | 指定(指定の更新)申請書 |

年　　月　　日

　宇治市長宛て

所在地

申請者　名称

代表者氏名

　介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所に係る指定又は指定の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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | ファクシミリ番号 | | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | | | | 既に受けている指定の有効期間満了日 | | | | 様式 |
| 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | 付表1 |
| 生活支援型訪問サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | 付表2 |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | 付表3 |
| 短時間型通所サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | 付表4 |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  | | (既に指定を受けている場合のみ) | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  |  | | |  |  | |  | | | | | | | |