様式第１号（第２条、第４条関係）

様式第１号（第10条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**古賀市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書**

年　　月　　日

（宛先）古賀市長

所在地

申請者

名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法の規定による事業者に係る指定（更新）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　‐　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | | | | | 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・事業の種類 | 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　‐　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記事業所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 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業サービス | 訪問型現行相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 訪問型基準緩和サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 通所型現行相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 通所型基準緩和サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | | |

備考 １「受付番号」「事業所所在地市町村番号」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、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。

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、そのすべてを記載してください。

８　この様式には、次の資料を添付してください。

　⑴　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

⑵　建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに施設の概要

⑶　運営規程

⑷　役員の氏名、生年月日及び住所が分かる資料

⑸　その他市長が提出を求める資料

　　 ９　この様式において、次に掲げる用語の意義は、それぞれ次に定めるとおりです。

⑴　訪問型現行相当サービス　古賀市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定基準を定める要綱（平成２８年３

月告示第２９号。以下「指定基準要綱」といいます。）第２条第１号に規定する訪問型現行相

当サービス

　　　 ⑵　訪問型基準緩和サービス　指定基準要綱第２条第２号に規定する訪問型基準緩和サービス

⑶ 通所型現行相当サービス　指定基準要綱第２条第３号に規定する通所型現行相当サービス

⑷　通所型基準緩和サービス　指定基準要綱第２条第４号に規定する通所型基準緩和サービス