

堺市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者職氏名

介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する第1号事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第3条第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
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			ファックス番号	
	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)					
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)				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日	
	堺市介護予防訪問サービス					
	堺市介護予防通所サービス					

同一所在地において行う事業の種類	事業の種類	実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
	訪問介護			
	通所介護			
	地域密着型通所介護			
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名				

- 備考
- 「事業所所在市町村番号」欄は、記入しないでください。
 - 「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、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
 - 「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入してください。
 - 「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。
 - 「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入してください。
 - 「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入してください。

担当者		連絡先	
-----	--	-----	--