

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定(更新)申請書

年 月 日

葛城市長 様

所在地
申請者
名 称

㊦

介護保険法に規定する葛城市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業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 (氏名)										
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	法人の種別					法人所轄庁					
代表者	職・氏名	職名	フリガナ		生年月日						
			氏名								
	郵便番号										
事業所	住所										
	フリガナ										
	名称										
	郵便番号										
	所在地										
指定を受けようとする事業			実施事業	指定の申請をする事業の開始予定年月日			既に指定を受けている事業の指定年月日			備考	
第1号訪問事業介護予防訪問介護相当サービス											
第1号通所事業介護予防通所介護サービスA											
介護保険事業所番号(既に指定を受けている場合)											
医療機関コード等			事業者区分								

- 備考1 「受付番号」欄には記入しないでください。
 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」欄は、申請(開設)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。
 4 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「指定の申請をする事業の開始予定年月日」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。
 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、葛城市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。
 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜記入してください。