別記様式第１号（第５条関係）

名寄市介護予防・生活支援サービス事業　指定事業者指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

名寄市長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・生活支援サービス事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | |  | | | | ＦＡＸ番号 |  | | |
| Email | | |  | | | | | | | |
| 代表者の職名、氏名  及び生年月日 | 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 | 事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | | | 様式 |
| 訪問介護相当サービス | | | | |  | |  | | | | 付表１ |
| 通所介護相当サービス | | | | |  | |  | | | | 付表２ |
| 今回申請する指定の有効期間 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | |  | | | | | | | | | |

備考

１　「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当欄に「○」を記入してください。

２　「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。