

様式第1号(第7条関係)

提出担当者	連絡先	TEL FAX
	氏名	

指定介護予防・日常生活支援総合事業者の指定申請書

小千谷市長 あて

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
氏名  
〔法人にあつては、  
名称及び代表者の職・氏名〕 印

第1号訪問事業・第1号通所事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

申 請 者	(フリガナ) 名称						
	(フリガナ) 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・ 氏名・生年月日	職名		(フリガナ) 氏名		生年月日	
(フリガナ) 代表者の住所	(郵便番号 — )						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 概 要	(フリガナ) 事業所の名称						
	(フリガナ) 事業所の所在地	(郵便番号 — )					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
		Email					
	同一所在地において行う事業の種類	申請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		申請する事業の 記載事項		
介護予防訪問介護相当サービス(現行相当)				付表1			
訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)				付表2			
介護予防通所介護相当サービス(現行相当)				付表3			
通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)				付表4			
介護保険事業所番号			(既に指定(許可)を受けている場合・・・複数ある場合は適宜様式を補正して記入)				
医療機関コード等							