

様式第1号（第3条関係）

八尾市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

（あて先）八尾市長

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職・氏名

印

介護保険法第115条の45の5第1項の規定により、指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------|---|
| 申 請 者 | フリガナ 名 称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の 所在地 | (郵便番号 —) 都道府県 市区 | | | | | |
| | 申請者の連絡先 | 電 話 番 号 | | F A X 番 号 | | | |
| | 法 人 の 種 別 | | | | 法人の所轄庁 | | |
| | 代表者の職・ 氏名・生年月日 | 職 名 | | フリガナ | | | |
| | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 氏 名 | | | |
| 代 表 者 の 住 所 | (郵便番号 —) 都道府県 市区 | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | F A X 番 号 | | | | |
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 概 要 | 事業所の 名 称 | | | | | | |
| | 事業所の 所 在 地 | (郵便番号 —) | | | | | |
| | 事業所の 連 絡 先 | 電話番号 | | E- mail | | | |
| | | FAX 番号 | | | | | |
| | 同一所在地において行う第1号事業の種類 | | | 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 | 様式(付表) | |
| | 第1号事業の種類 | 第1号訪問事業（訪問介護相当サービス） | | | 年 月 日 | 年 月 日 | A |
| | | 第1号訪問事業（共生型訪問介護相当サービス） | | | 年 月 日 | 年 月 日 | A |
| 第1号訪問事業（訪問型サービス（基準緩和）） | | | 年 月 日 | 年 月 日 | A-2 | | |
| 第1号通所事業（通所介護相当サービス） | | | 年 月 日 | 年 月 日 | B | | |
| 第1号通所事業（共生型通所介護相当サービス） | | | 年 月 日 | 年 月 日 | B | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 同一所在地において既に行っている事業又は施設の種類の種類 | | 既に指定等を受けている事業又は施設の指定（許可）年月日 | | | | | | | |
| 事業又は施設の種類の種類 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 (現に指定を受けている場合は記入してください。) | | | | | | | | | |
| 希望する指定の有効期間 | | <input type="checkbox"/> 6年間 <input type="checkbox"/> 指定訪問介護事業者、共生型指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者、共生型指定通所介護事業者、指定地域密着型通所介護事業者又は共生型指定地域密着型通所介護事業者としての指定の有効期間の満了日までの期間 | | | | | | | |

備考

- 「法人の種別」の欄には、「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。
- 「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。
- 付表については、市長が別に定める様式を使用してください。
- 「希望する指定の有効期間」の欄には、申請者が指定訪問介護事業者、共生型指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者、共生型指定通所介護事業者、指定地域密着型通所介護事業者又は共生型指定地域密着型通所介護事業者であって、同一の事業所において一体的に第1号訪問事業又は第1号通所事業を行う場合には、この申請による指定の有効期間をこれらの事業者としての指定の有効期間の満了の日までの期間とすることができますので、いずれか希望する指定の有効期間をチェックしてください。