別記第１号様式（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

砂川市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日

砂川市長　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

砂川市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | ふりがな |  |
| 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 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職　　名 |  | ふりがな | 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 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| サービスの種類 |  |
| 指定申請をする事業の開始予定年月日 | 　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請書の作成担当者氏名・電話番号・FAX番号 |  |

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」、「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。

　３　「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。

　４　「既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号」が複数ある場合には、指定を受けようとする事業所の所在地と同一敷地内にて、指定又は許可を受けた介護保険事業所番号を記入してください。