第1号様式（第2条関係）

指定介護予防支援事業所指定申請書

年　　月　　日

　南さつま市長　様

　　所在地

申請者　名称

代表者職氏名 　　 　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所所在地市町村番号 |  |
| 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 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・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　　　―　　　　)　　　　　 |
|  |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)　 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 指定を受けようとする事業所の種類 |  |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 |  |
| 既に指定を受けている事業のサービス種類・指定年月日 |  |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 1　「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」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載してください。

4　「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

5　「既に指定を受けている事業のサービス種類・指定年月日」欄の指定年月日は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

6　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」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

　 　7　地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に南さつま市長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提　　 　出を省略することができます。