様式第1号（第2条、第3条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業指定（更新）申請書

年　　月　　日

　出雲市長　様

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

代表者氏名

次のとおり指定事業者として指定（更新）を受けたいので，出雲市介護予防・日常生活支

援総合事業における第1号事業を提供する事業者指定に関する要綱第2条又は第3条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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　　　　―　　　　　）  　　　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電　話　番　号 | | |  | | | | | | | | | Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号 | | | | | | |  | |
| サービスの種類 | 事業の種類 | | | 事業開始予定年月日 | | | | | | | 既に指定を受けている  事業の指定有効期間 | | | | | | | | 様式 | | |
| 訪問介護従前  相当サービス | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | 付表総－1 | | |
| 訪問型サービスＡ | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | 付表総－2 | | |
| 通所介護従前  相当サービス | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | 付表総－3 | | |
| 通所型サービスＡ | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | 付表総－4 | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |  | （既に指定を受けている場合） | | |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |