

戸田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

(宛先)
戸田市長

所在地
申請者 名称
代表者職氏名

介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の(指定・指定の更新)を受けたいので、戸田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱(第9条第1項・第11条第1項)の規定により、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 -) (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	法人の種類別		法人所轄庁		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -)			
指定(指定の更新)を受けようとする事業所の種類	事業所等の 所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	同一所在地において行う 事業の種類	実施 事業	指定申請をする事業 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	左記の指定の有効期 間満了年月日
	第1号訪問事業				
	第1号通所事業				
事業者番号	(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 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄、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。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「 」記入してください。
- 4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」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指定年月日」欄は、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 「左記の指定の有効期間満了年月日」欄は、現に指定を受けている有効期間満了年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保健薬局、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。