

大田市告示第135号の8

大田市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する要綱（平成29年大田市告示第8号）の一部を次のように改正する。

令和3年4月1日

大田市長 楫野弘和

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定申請書

年 月 日

大田市長

様

所在地
申請者 名称
代表者氏名

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 -)				
		(ビルの名称等)				
	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		フリガナ 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 -)					
	(ビルの名称等)					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	事業第1号	訪問型サービス				付表1
	訪問型サービスA				付表1	
	通所型サービス				付表2	
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						

記入担当者名		電話番号	
--------	--	------	--

備考

- 1 「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、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。
- 3 「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。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請を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「○」を記入してください。
- 5 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。
- 6 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。

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定更新申請書

年 月 日

大田市長

様

所在地
申請者 名称
代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、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 -)				
		(ビルの名称等)				
	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			フリガナ 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
	(ビルの名称等)					
指 定 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
		事業等の種類	実施事業	現に指定を受けている事業等の		様式
				指定年月日	有効期間満了日	
	第1号事業	訪問型サービス				付表1
	訪問型サービスA				付表1	
	通所型サービス				付表2	
介護保険事業所番号				既に指定を受けている第1号事業所番号		

記入担当者名		電話番号	
--------	--	------	--

- 備考 1 「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」「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入してください。
- 3 「実施事業」欄は、今回更新申請する事業の欄に「O」を記入してください。
- 4 「現に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定事業者として指定された年月日を記入してください。
- 5 「現に指定を受けている事業等の有効期間満了日」欄は、指定の有効期間満了年月日を記入してください。
- 6 「介護保険事業所番号」欄は、既に指定を受けている事業所番号を記入してください。
- 7 事業所ごと、サービス種類ごとに作成し、提出してください。

附 則

この告示は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。