

第1号様式(第3条関係)

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

久留米市長 あて

申請者 (住所)
(名称)
(代表者の職名・氏名)

印

介護保険法第115条の45の3に規定する指定事業者に係る指定を受けたいので、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 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
		Email											
	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												
	事業所等の住所	(郵便番号 -)											
	事業所等の連絡先	電話番号					FAX番号						
	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業(該当事業に○)	事業開始(予定年月日)			既に指定を受けている事業所等の指定有効年月日			様式				
	身体援助訪問サービス(身体ヘルプ)		年 月 日						付表1				
	元気援助訪問サービス(元気ヘルプ)		年 月 日						付表2				
	生活援助訪問サービス(生活ヘルプ)		年 月 日						付表3				
	介護予防通所サービス(予防デイ)		年 月 日						付表4				
	元気向上通所サービス(元気デイ)		年 月 日						付表5				
	短期集中通所サービス(集中デイ)		年 月 日						付表6				
既に指定を受けている事業	訪問介護	事業所番号				年 月 日							
	通所介護	事業所番号				年 月 日							
今回申請する事業の最初の指定有効期限を同一所在地において行う同種の事業の有効期限に合わせる						<input type="checkbox"/> 合わせる(年 月 日)							
						<input type="checkbox"/> 合わせない(指定から6年間)							
記入担当者名				記入担当者連絡先		電話				ファックス			