様式第5号(第7条関係)

年　　月　　日

　　阿見町長　殿

所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

阿見町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業指定事業者更新申請書

　介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業者の指定を受けたいので，阿見町介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する条例施行規則第7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　　　　－　　　　) |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | (　　　　　) | FAX番号 | (　　　　　) |
| 法人の種別 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　－　　　) |
| 指定の更新を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | (　　　　　) | FAX番号 | (　　　　　) |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 既に指定等を受けている事業等の指定（許可）有効期間満了年月日 | 指定の更新により希望する指定有効期間満了年月日 | 様式 |
| 訪問介護 |  |  |  |
| 第1号訪問事業（介護予防訪問サービス） |  |  | 付表1 |
| 第1号訪問事業(介護予防訪問緩和型サービス) |  |  |
| 通所介護 |  |  |  |
| 第1号通所事業（介護予防通所サービス） |  |  | 付表2 |
| 緩和型サービス(介護予防通所緩和型サービス) |  |  |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (当該事業所が既に他のサービスで指定を受けている場合) |
| 所在市町村における指定の有無 | 有　・　無 | (当該事業所の所在地が阿見町でない場合) |

備考　介護保険法施行規則第140条の63の5第1項の規定に基づき，誓約書及び必要書類（既に提出されたものについては，変更があるもののみ）を添付してください。