

焼津市介護予防・日常生活支援総合事業 指定申請書

年 月 日

(宛先)焼津市長

(名称)

申請者

(代表者の職名・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。

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	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○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式
	訪問型サービス	焼津市介護予防訪問介護相当サービス					付表1
		焼津市共生型介護予防訪問サービス					
		焼津市緩和基準型サービス(訪問型サービスA)					
	通所型サービス	焼津市介護予防通所介護相当サービス					付表2
		焼津市共生型介護予防通所サービス					
焼津市緩和基準型サービス(通所型サービスA)							
介護保険事業所番号				(既に指定又は許可を受けている場合)		
医療機関コード等				(保険医療機関として指定を受けている場合)		

備考

- 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、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。