様式第３号（第１２条関係）

能登町介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

　　年　　　月　　　日

（宛先）能登町長

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

能登町介護予防・生活サービス事業者の指定（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 事　業　等　の　種　類 | | | | | 実施事業 | | | 指定申請をする事業  （事業開始予定年月日） | | | | | | 指定更新申請をする事業（現に受けている指定の有効期間満了日） | | | | | | 付表 | |
| 訪問型サービス | 介護予防訪問型サービス | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 介護予防いきいきヘルプサービス | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 通所型サービス | 介護予防通所型サービス | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 介護予防いきいきデイサービス | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 介護予防短期集中型通所型サービス | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） | | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  |

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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。

２　「法人所轄庁」欄は、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「○」を記入してください。