別紙様式第三号（四）

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

年　　月　　日

町田 市長殿

所在地

申請者　名称

代表者職名・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。

				法人番号			
申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村					
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号			
		Email					
	法人等の種類						
	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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑						☐	

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	指定申請対象事業等（該当事業に〇）	既に指定（登録）を受けている事業等（該当事業に〇）	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様 式
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号（一）
	緩和した基準による訪問型サービス（定率）				
	緩和した基準による訪問型サービス（定額）				
	介護予防通所介護相当サービス				付表第三号（二）
	緩和した基準による通所型サービス（定率）				
	緩和した基準による通所型サービス（定額）				

既に指定（登録）を受けている事業所の種類（該当に〇）			
	訪問介護		
	基準該当訪問介護		
	通所介護		
	基準該当通所介護		
	地域密着型通所介護		

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）
指定を受けている他市町村名		
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
1　「指定申請対象事業等」「既に指定（登録）を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。
2　法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
3　様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
4　指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。