|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 郵便の場合記入すること | 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FAX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |
| 指定申請書年　　　月　　　日　扶桑町長　様申請者　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　 　　　　　　　　　　　　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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。　　　　　　　　　基準型訪問介護サービスなお、扶桑町　　緩和型訪問介護サービス　の人員、施設及び運営に関する基準を定める要領を満たしていること及び扶桑町暴力団排除条例（平　　　　　　　　　基準型通所介護サービス　　　　　　　　　緩和型通所介護サービス　　　　　　　　　短期集中通所等サービス成24年扶桑町条例第３号）第２条第１号に規定する暴力団を利することとならないよう事業運営することを誓います。 |
|  | ※事業所所在地市町村番号 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事業者の所在地 | （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 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 事業の種類 | 指定等を受けようとする事業所等 | 事業開始予定年月日 | 事業等ごとの記載事項 | 既に指定等を受けている事業所等 |
| 指定等年月日 | 介護保険事業所番号 |
| 第１号訪問事業 | 基準型訪問介護サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緩和型訪問介護サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第１号通所事業 | 基準型通所介護サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緩和型通所介護サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期集中通所等サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |