様式第１号（第３条関係）

指定事業者指定申請書

年　　月　　日

　　七尾市長

申請者　所在地

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　印

　指定事業者の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の住所地 | （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の概要 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の住所地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする  事業の事業  開始予定年月日 | | | | | | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日 | |
| 国基準訪問型サービス | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 基準緩和訪問型サービス | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 国基準通所型サービス | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 基準緩和通所型サービス（交流型） | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 基準緩和通所型サービス（運動型） | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |

（裏面）

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」「株式会社」「有限会社」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載してください。

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。

４　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

６　保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記載してください。