

様式第1号

指定居宅サービス事業者
 指定地域密着型サービス事業者
 指定居宅介護支援事業者
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業者
 指定地域密着型介護予防サービス事業者
 指定介護予防支援事業者
 指定第1号事業者

指定申請書

年 月 日

福山市長様

所在地
 (個人にあつては、住所)

申請者 名称

代表者職・名前
 (個人にあつては、名前)

介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する事業所(施設)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。

介護保険事業所番号	3	4							
介護保険事業所番号(総合)	3	4	A						
申請者	フリガナ								
	名称								
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 都道府県 郡市区 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号					FAX番号		
	法人の種別						法人の所轄庁		
	代表者の職・名前・生年月日	職名			フリガナ 名前			生年月日	年 月 日
	代表者の住所	(〒 -) 都道府県 郡市区 (ビルの名称等)							
事業所・施設	フリガナ								
	事業所・施設の名称								
	事業所・施設の所在地	(〒 -)							
連絡先	電話番号					FAX番号			
指定を受けようとする事業所等		指定申請をする事業等の種類					指定申請をする事業等の事業開始年月日		
	介護サービス								
	介護予防サービス								
	第1号事業(相当)								
	第1号事業(基準緩和)								
既に指定を受けている事業所等		既に指定を受けている事業等の種類					既に指定を受けている事業等の指定年月日		
	介護サービス								
	介護予防サービス								
	第1号事業(相当)								
	第1号事業(基準緩和)								
指定を受けている他市町名						申請書担当者			
医療機関コード等						連絡先			