

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

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

福山市長様

所在地
 (個人にあつては、住所) 広島県福山市東桜町3番5号
 申請者 名称 株式会社 福山
 代表者職・名前
 (個人にあつては、名前) 代表取締役 福山 太郎

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 | カブシキガイシャ フクヤマ | | | | | | | |
| | 名称 | 株式会社 福山 | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒720-8501) 広島都道府県 福山郡市区 東桜町3番5号 (ビルの名称等) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 084-928-1259 | FAX番号 | 084-928-1732 | | | | |
| | 法人の種類別 | 営利法人 | | | 法人の所轄庁 | | | | |
| | 代表者の職・名前・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ 名前 | フクヤマ タロウ 福山 太郎 | 生年月日 | 〇年 〇月 〇日 | | |
| 代表者の住所 | (〒720-8501) 広島都道府県 福山郡市区 東桜町△番△号 (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 事業所・施設 | フリガナ | ヘルパーステーションフクヤマ | | | | | | | |
| | 事業所・施設 の名称 | ヘルパーステーション福山 | | | | | | | |
| | 事業所・施設 の所在地 | (〒720-8501) 広島都道府県 福山郡市区 東桜町〇番〇号 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 084-928-〇〇〇〇 | FAX番号 | 084-928-〇〇〇〇 | | | | |
| 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 | 訪問介護 | | | | | | 〇〇〇〇年〇月〇日 | |
| | 介護予防サービス | | | | | | | | |
| | 第1号事業(相当) | 介護予防相当訪問事業 | | | | | | 〇〇〇〇年〇月〇日 | |
| | 第1号事業(基準緩和) | 基準緩和型訪問事業 | | | | | | 〇〇〇〇年〇月〇日 | |
| 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 | 福山 太郎 | | |
| 医療機関コード等 | | | | 連絡先 | 084-928-1259 | | | | |