

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) 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	カフシガ イシヤクヤマ							
	名称	株式会社福山							
	主たる事務所の所在地	(〒720-8501) 広島 都道 福山 都市区 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	イシヤク ヤマ 太郎	生年月日	○年 ○月 ○日		
代表者の住所	(〒720-8501) 広島 都道 福山 都市区 東桜町3番5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) 広島県 福山市 東桜町3番5号							
連絡先	電話番号	084-928-1259			FAX番号	084-928-1732			
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				○年○月○日			
	介護予防サービス	介護予防訪問介護				○年○月○日			
	第1号事業（相当）	介護予防相当訪問事業				○年○月○日			
	第1号事業（基準緩和）	基準緩和型訪問事業				○年○月○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			