

別記第1号様式

提出担当者	連絡先	介護サービス事業部 TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002
	氏名	高齢 福子

指定申請書の提出担当者を記入してください。
(内容について確認事項がある場合、この提出担当者あてに連絡します。)

新潟市介護予防・日常生活総合事業第1号事業者 指定申請書

平成 29 年 2 月 23 日

新潟市長様

所在地: 新潟市中央区学校町通1番町602番地1

申請者名称: 株式会社 高齢者支援サービス
代表者職・氏名: 代表取締役 新潟 一郎



介護保険法に規定する第1号事業者に係る指定を新潟市から受けたいため、下記のとおり、関係書類を

登記している法人代表者印

記

申請者	名称	カブシキガイシャ コウレイシャシエンサービス 株式会社 高齢者支援サービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 951 - 8550) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクガッコウ 新潟 都道 新潟 市 中央区学校町通				
申請	連絡先	電話番号 025- 株式会社の場合→営利法人と記入 025-0				
	法人の種別	営利法人				
者	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	新潟 一郎	
	代表者の住所	(郵便番号 951 - 8062) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクニシボリマエドオリ 新潟 都道 新潟 市 中央区西堀前通6番町894番地1 西堀6番館ビル4階				
指定を受けようとする事業所	事業所の名称	コウレイシャシエンサービスホウモンカイゴジギョウシヨ 高齢者支援サービス訪問介護事業所				
	事業所の所在地	(郵便番号 950 - 2097) ニイガタケン ニイガタシ ニシク テラオヒガシ 新潟県 新潟市 西区 寺尾東3丁目14番4				
	連絡先	電話番号	025-000-△△△△	FAX番号	025-	
同一所在地で行う事業	介護予防・日常生活支援事業第1号事業	サービス種類	申請事業 (○を記入)	申請する事業の開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	申請する事業に係る記載事項
		介護予防訪問介護相当サービス			平成27年4月1日	別紙1
		訪問型基準緩和サービス	○	平成29年4月1日		同一敷地内において、指定を受けている事業がある場合は指定年月日を記入し、併せて当該事業所の「介護保険事業所番号」を下段に記入してください。(→事業所数に応じて、適宜、欄を追加してください。)
		介護予防通所介護相当サービス				
		通所型基準緩和サービス		当該申請に係るサービス種類の事業開始予定年月日 (= 指定予定年月日)を記載する。		
同一所在地で行う事業	居宅サービス 地域密着型サービス 介護予防サービス	訪問介護			平成23年5月1日	
		介護予防訪問介護			平成23年5月1日	
		通所介護				
		地域密着型通所介護				
		介護予防通所介護				
介護保険事業所番号		1 5 7 0 1 2 3 4 5 6 (既に指定を受けている場合のみ記入)				
指定を受けている市町村名		新潟市				

添付書類: 別途申請提出書類一覧に掲げるとおり。
「申請する事業の開始予定年月日」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。
「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、同一敷地内において、既に指定を受けている他のサービス事業がある場合に、当該サービス種類欄に指定された年月日を記載してください。