

別記第1号様式

記入例

提出担当者	連絡先	介護サービス事業 TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0001	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。)
	氏名	高齡 福子	

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

申請年月日を記入

平成 24 年 8 月 23 日

(あて先) 新潟市長

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ので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

日	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				
	「営利法人、社会福祉法人、医療法人、財団法人、特定非営利活動法人、農協」などの区別を記載する。	郵便番号 951 - 8550 イガタケン ニイガタシ	〒 951 - 8550 新潟 都道 府(県) 新潟	市(郡) 中央区学校町通 区		
請	法人の種別	営利法人	法人所轄庁	法人が公益法人の場合に記入 (例)社会福祉法人の場合→「新潟県」 又は「新潟市」と記入 営利法人の場合→記入しない		
	代表者の職・氏名	職名 代表取締役	(フリガナ) 氏名 ニイガタ イチロウ 新潟 一郎	生年月日 昭和23年4月6日		
者	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(郡) 中央区西堀前通6番町894番地1 西堀6番館ビル4階 府(県) 区				
	事業所の名称	(フリガナ) 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				
指	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41号				
	連絡先	電話番号 025-000-△△△△	FAX番号 025-000-□□□□	メールアドレス koreisha@city.niigata.lg.jp		
定	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	既に指定している事業の指定年月日	関係記載事項
		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等がある場合は指定(許可)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」を記入する。 (→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				
同	居宅サービス 地域密着型サービス 介護予防サービス	通所型基準緩和サービス				申請する事業所・サービス種類ごとに作成してください。
		訪問介護			平成23年5月1日	
		通所介護			平成23年5月1日	
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						

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。