様式第１号（第２条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）蓮田市長

申請者　住　所

　　 　名　称

　　 　　　　　　　代表者の職・氏名

蓮田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定（更新）申請書

介護予防・日常生活支援総合事業の第１号事業者の（ 新規・更新 ）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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | （フリガナ） | | | | | |
| 事業所の代表者名・職 | 氏名 |  | | 職名 |  | |
| 事業所の所在地 |  | | | | | |
| 事業所の連絡先 | 電話 | | | ＦＡＸ | | |
| 指定を受けようとする事業の種別 | | | 事業開始予定年月日 | | | 備　　　考 |
|  | | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | | | 年　　月　　日 | | |  |
| 介護保険事業者番号  （既に他のサービスで指定を受けている場合） | | |  | | | |

（注）「指定を受けようとする事業の種別」は以下の中から選んで記載してください。

　　・訪問介護相当サービス

　　・訪問型サービスＡ

　　・通所介護相当サービス

　　・通所型サービスＡ

　　・短期集中予防サービスＣ