



指定希望日の1月前までに届け出てください。

介護予防・日常生活支援総合事業の事業者指定申請書

令和元年 7 月 27 日

加古川市長 様

所在地 加古川市〇〇町〇〇111-1

- ・申請者＝法人情報
- ・代表者の職名も記入
- ・代表者印（実印）を使用

申請者 法人名 株式会社 〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇



介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業の事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ 〇〇 株式会社 〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 675 - 0000) 加古川市〇〇町〇〇111-1				
	連絡先	電話番号	012-345-678	FAX番号	012-345-679	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	(該当者のみ記入してください。営利法人(株式会社等)の場合記入は不要です。)		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	〇〇 〇〇	生年月日
				氏名	〇〇 〇〇	昭和〇年 〇月 〇日
	代表者の住所	(郵便番号 675 - 0000) 加古川市〇〇町〇〇222-2				
指定を受けようとする事業所	フリガナ 事業所の名称	カコガワ〇〇デイサービス 加古川〇〇デイサービス				
	事業所の所在地	(郵便番号 675 - 0000) 加古川市〇〇町〇〇333-3				
	連絡先	電話番号	012-345-678	FAX番号	012-345-679	
		事業の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業等の指定年月日	様式
	生活支援サービス	介護予防型訪問サービス ターミナル支援型訪問サービス				1-1
		生活援助型訪問サービス				1-2
介護予防型通所サービス		○	令和元年9月1日		付表2-1	
トレーニング型通所サービス					付表2-2	
事業の種類 同一の事業所に運営されている	サービス等 訪問介護				-	
	通所介護	○	令和元年9月1日	令和元年5月1日	-	
	地域密着型通所介護				-	
介護保険事業所番号	28000000000000 (既に指定を受けている場合のみ記入してください。)					
指定を受けている市町村名	高砂市 (既に指定を受けている場合のみ記入してください。)					
医療機関コード等(記入不要です)						
申請書担当者	〇〇	連絡				

今回加古川市で指定申請するサービスの指定希望年月日を記入してください。

↓いずれかに記入↓

同時に開始予定のサービスがあればその開始予定年月日を、または既に指定を受けている場合は、その新規指定時の年月日を記入してください。(該当事業所のみ)

記入方法について、ご不明な点等がございましたら、
高齢者・地域福祉課 法人指導係までお問合せください。(直通番号：079-427-9391)