第５号様式（第１４条関係）

千代田区介護予防・生活支援サービス事業指定事業者指定（更新）申請書

　　　年　　月　　日

千代田区長　殿

　　　　　　　　　　　　（申請者）事業者所在地

事業者名称

代表者職・氏名

　千代田区介護予防・生活支援サービス事業指定事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて　新規・更新　申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 事業所所在地市区町村番号 | | | | | | | | | |  | | |
| 申請者 | 事業者の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 法人である場合  その種別 | |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | 職名 | | |  | | | | | | | 氏名 | | | |  | | | | |
| 代表者の住所 | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の状況 | 主たる事業所（総合事業実施場所）の所在地 | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の住所 | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする  総合事業の種類等 | 同一所在地において  行う事業等の種類 | | 実施事業 | | | 事業開始  予定年月日 | | | | 既に指定を受けている事業 | | | | | | | | | | | |
| 種　類 | | | | | 指定番号 | | | | | 指定年月日 | |
| 訪問型サービス独自/定率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 予防訪問サービス事業・自立支援訪問サービス事業 | |  | | |  | | | | □訪問介護 | | | | |  | | | | |  |
| 通所型サービス独自/定率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 予防通所サービス事業・生活機能向上デイサービス事業 | |  | | |  | | | | □通所介護  □地域密着型  通所介護 | | | | |  | | | | |  |
|  |
| 関係資料 | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | |