様式第２号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

倉敷市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者

（短期集中健幸アップ教室）　指定・許可（更新）申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

（あて先）　倉　敷　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　申請者　法人名称

代表者職氏名

介護保険法に規定する第１号事業者（短期集中健幸アップ教室）の指定を受けたい（サービスを開始したい）ので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | | |  | | |
| 申  請  者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名　（名　称） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　　　　所  （主たる事務所の  所　　在　　地　） | （郵便番号　　　－　　　　　）  都道府県　　　　　郡市区 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | 電話番号 |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人所轄庁 | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の職名･  氏名・生年月日 | 職　　　　名 | |  | | フリガナ | |  | | | | | | 生年  月日 | |  | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　都道府県　　　　　郡市区 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する事業所等 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地又は  開設の場所 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　岡山県　倉敷市 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 代表電話番号 | | |  | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| 申請する事業　　　　　　　　　　　　　　　　　申請する事業・施設の種類 | 事業等の種類 | | | | 指定・許可申請をする  事業等の事業開始（開設）  予定年月日 | | 現に指定・許可（更新）を受けている事業等 | | | | | | | | | | 備考 |
| 指定・許可（更新）  年月日 | | | | 有効期間満了日 | | | | | |
| 短期集中健幸アップ教室 | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  |

【既に介護保険サービス事業所として指定を受けている場合、該当するサービスを記載すること】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定を受けている事業の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 現に指定・許可（更新）を受けている事業等 | | 介護保険事業所番号 |
| 指定・許可（更新）年月日 | 有効期間満了日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |

（裏面もあります）

備考　１　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。

２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、　株式会社等の別を記載してください。

　　　３　「代表者の職名・氏名・生年月日」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。

４　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

５　「指定・許可申請をする事業等の事業開始（開設）予定年月日」欄は、該当する欄に指定・許可申請に係る事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。（更新の申請をする場合は、記載しないこと。）

６　「現に指定・許可（更新）を受けている事業等」の「指定・許可（更新）年月日」欄は、介護保険法に基づく指定事業者として指定・許可（更新）された年月日を記載してください。

７　「現に指定・許可（更新）を受けている事業等」の「有効期間満了日」欄は、更新の申請に係る事業等について現に受けている指定・許可（更新）の有効期間の満了の日を記載してください。（指定・許可の申請をする場合は、記載しないこと。）

８　「介護保険事業所番号」欄は、現に指定等を受けている場合に記載してください。

９　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして現に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。