様式第１号（第２条関係）

三沢市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年　　月　　日

（宛先）三沢市長

所在地
申請者
名　称　　印

介護保険法に規定する事業所に係る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。

事業所所在市町村番号	

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　）			
		（方書等）			
	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 氏名	生年月日
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　）			
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ				
	事業所等の名称				
	事業所等の所在地	（郵便番号　　－　　）			
		電話番号		FAX 番号	

同一所在地において行う事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
介護予防・生活支援サービス事業	介護予防訪問介護相当サービス			
	介護予防通所介護相当サービス			
	通所型サービスＡ			

介護保険事業者番号		（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		

備考

1. 「事業所所在市町村番号」欄に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、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記入してください。
3. 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、主務官庁の名称を記載してください。
4. 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」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。