

年 月 日

(あて先) 飯塚市長

所在地 飯塚市〇〇〇××番地×

申請者 法人名 社会福祉法人 〇〇会

代表者氏名 理事長 飯塚 太郎

飯塚市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて、**新規**・更新申請します。

		事業所所在市町村番号		40205		
申請者	フリガナ	シャカイクシホジツン マルマルカイ				
	名称	社会福祉法人 〇〇会		法人登記謄本 と一致		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号〇〇〇-××××) 飯塚市〇〇〇××番地×				
	連絡先	電話番号	0948-XX-XXXX	FAX番号	0948-XX-XXXX	
	法人の種別	社会福法人		法人所轄庁	福岡県〇〇課	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ イヅカ タロウ 氏名 飯塚 太郎	生年月日 昭和XX年X年X日	
代表者の住所	(郵便番号〇〇〇-××××) 飯塚市△△△**番地**				認可法人の場合、 監督部署を記入	
指定を受けようとする事業所の概要	フリガナ	マルマルヘルパーステーション				
	事業所の名称	〇〇ヘルパーステーション				
	事業所の所在地	(郵便番号〇〇〇-××××) 飯塚市〇〇〇××番地×				
	連絡先	電話番号	0948 - **-****	FAX番号	0948 - **-****	
		Eメールアドレス		〇〇@*****		
		同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請する事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
		訪問サービス(現行相当)	○	令和〇年〇月1日		付表1-1
		訪問型サービスA1(緩和)	○	令和〇年〇月1日		付表1-1
		訪問型サービスA2(緩和)	○	令和〇年〇月1日		付表1-1
		訪問型サービスC1(短期集中)				付表1-2
	訪問型サービスC2(短期集中)				付表1-2	
	通所サービス(現行相当)				付表2-1	
	通所型サービスA(緩和)				付表2-1	
	通所型サービスC1(短期集中)				付表2-2	
	通所型サービスC2(短期集中)				付表2-2	
介護保険事業所番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 (既に指定を受けている場合)					
既に指定を受けている他市町村名	△△市、□□町					
医療機関コード等						

指定を受けようとする事業に○をつけてください