様式第１-２号

指定（開設許可）申請書

　　年　　月　　日

　豊　田　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防訪問サービス | に係る指定(開設許可）を受けたいので、介護保険法第１１５条４５の５ |
| 生活支援訪問サービス |
| 介護予防通所サービス |
| 生活支援通所サービス |

の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 法人連絡先 | 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 |  | | | |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | |
| 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　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 申請する事業所・施設 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所　在　地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | |  | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 既に指定等を受けている事業 | | | |
| 指定等年月日 | | | 介護保険事業所番号 |
| 事業所名 | 介護 | 予防 | 総合事業 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |