様式第１号（第６条第１項関係）

**千葉市介護予防・日常生活支援総合事業（第１号事業）事業所指定申請書**

　　　年　　　月　　　日

（あて先）千　葉　市　長

所在地

申請（届出）者　名　称

代表者職氏名

介護保険法に規定する第１号事業（訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス・生活援助型訪問サービス・ミニデイ型通所サービス）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（届出）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（届出）者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 電子メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | |  | | | | |
| 指定を受けようとする  （サービスを開始する）事業所 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | 指定申請（届  出）対象事業  (該当事業に○) | | 既に指定を受  けている事業  (該当事業に○) | | | | | 指定申請（届出）をする  事業の事業開始予定年月日 | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業 | 訪問介護相当サービス | | | | | |  | |  | | | | |  | | 付表１ |
| 通所介護相当サービス | | | | | |  | |  | | | | |  | | 付表６ |
| 生活援助型訪問サービス | | | | | |  | |  | | | | |  | | 付表１ |
| ミニデイ型通所サービス | | | | | |  | |  | | | | |  | | 付表17 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地内で行う他の事業の種類 | | | | | | | | | 指定申請対象事業  (該当事業に○) | | | | | 既に指定を受けている事業(該当事業に○) | 指定申請（届出）をする  事業の事業開始予定年月日 |
| 居宅サービス事業・介  護予防サービス事業 | 訪問介護 | | | | | | | |  | | | | |  |  |
| 通所介護 | | | | | | | |  | | | | |  |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | （既に指定を受けている場合のみ記入してください。） | | | |
| 指定を受けている他自治体名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |

備考 １　「指定申請（届出）対象事業」「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

様式第１号（第６条第１項関係）

【記載例】

**千葉市介護予防・日常生活支援総合事業（第１号事業）事業所指定申請書兼みなし指定事業所のサービス開始届出書**

令和○○年○○月○○日

　（あて先）千　葉　市　長

所在地　　千葉市中央区千葉港△－△

申請（届出）者　名　称　　株式会社●●

代表者職氏名　代表取締役　○○　○○　　印

介護保険法に規定する第１号事業（訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス・生活援助型訪問サービス・ミニデイ型通所サービス）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（届出）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（届出）者 | フリガナ | | カブシキガイシャ●●  **指定を受けようとするサービス又はみなし指定事業所として提供を開始するサービスの開始予定年月日を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | 株式会社●● | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | （郵便番号　△△△－△△△△）  千葉市中央区千葉港△－△ | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | ０４３－×××－×××× | | | | | | | | FAX番号 | | ０４３－×××－×××× | | | |
| 電子メールアドレス | | | | ×××＠×××.co.jp | | | | | | | | | | |
| 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  **この申請・届出で指定を受けようとするサービス又はみなし指定事業所として提供を開始するサービスに○を記入してください。** | | （郵便番号　　　－　　　　　）  **既に指定を受けているサービスに○を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | ○○○サービス事業所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　△△△－△△△  千葉市中央区中央△－△ | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | ０４３－×××－×××× | | | | | FAX番号 | | ０４３－×××－×××× | | | | |
| 指定を受けようとする  （サービスを開始する）事業所 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | 指定申請（届  出）対象事業  (該当事業に○) | | 既に指定を受  けている事業  (該当事業に○) | | | | | 指定申請（届出）をする  事業の事業開始予定年月日 | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業 | 訪問介護相当サービス | | | | | |  | | ○ | | | | |  | | 付表１ |
| 通所介護相当サービス | | | | | | ○ | |  | | | | | Ｒ２．４．１ | | 付表６ |
| 生活援助型訪問サービス | | | | | |  | | ○ | | | | |  | | 付表１ |
| ミニデイ型通所サービス | | | | | |  | |  | | | | |  | | 付表17 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地内で行う他の事業の種類 | | | | | | | | | 指定申請対象事業  (該当事業に○) | | | | | 既に指定を受けている事業(該当事業に○) | 指定申請（届出）をする  事業の事業開始予定年月日 |
| 居宅ービス事業・介  護予防サービス事業 | 訪問介護 | | | | | | | |  | | | | | ○ |  |
| 通所介護 | | | | | | | | ○ | | | | |  | Ｒ２．４．１ |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | （既に指定を受けている場合のみ記入してください。） | | | |
| 指定を受けている他自治体名  **既に指定を受けているサービス又はこの申請・届出と同時に指定を受けようとするサービスに○を記入してください。** | | | |  | | | | | | | | | | | | |

**この申請・届出と同時に、これから指定を受けようとするサービスの事業開始予定年月日を記入してください。**