第１号様式（第６条関係）

品川区介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定・更新申請書

　　　年　　月　　日

品川区長あて

　　　　　　　　　　　　（申請者）事業者所在地

事業者名称

代表者職・氏名

　品川区介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて　新規・更新　申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所所在地市区町村番号 |  |
| 申請者 | 事業者の名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　-　　　) |
|  |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 法人である場合その種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　-　　　) |
|  |
| 事業所の状況 | 主たる事業所（総合事業実施場所）の所在地 | (郵便番号　　-　　　) |
|  |
| 事業所の名称 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号　　-　　　) |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 管理者の住所 | (郵便番号　　-　　　) |
|  |
| 指定を受けようとする総合事業の種類等 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業 |
| 種　類 | 指定番号 | 指定年月日 |
| 訪問型サービス独自/定率（A3） |  |  |  |
|  | 予防訪問事業・生活機能向上支援訪問事業 |  |  | □訪問介護 |  |  |
| 通所型サービス独自/定率（A7） |  |  |  |
|  | 予防通所事業 |  |  | □通所介護□地域密着型通所介護 |  |  |
|  | いきいき活動支援プログラム |  |  |
| 関係資料 | 別紙のとおり |

記入上の留意事項

１　事業所所在地市区町村番号の欄には、記入しないでください。

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（ＮＰＯ等）である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請するものおよび既に指定を受けているものについて、該当する欄に○印を付けてください。

５　「指定申請をする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入してください。

６　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

７　関係資料については、指定訪問介護、指定通所介護事業を行うとして、東京都へ指定申請を行い受理された資料の写しまたは地域密着型通所介護事業を行うとして区へ、指定申請を行い受理された資料の写しを添付してください。