

## 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

平成〇〇年 〇月〇〇日

品川区長あて

(申請者) 事業者所在地 東京都品川区〇〇〇-〇-〇  
 事業者名称 株式会社〇〇  
 代表者職・氏名 〇〇 〇〇 社判

該当する方に、〇をして下さい。

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		※記載不要	
申請者	事業者の名称	株式会社〇〇			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 ) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000
		Eメールアドレス			
	法人である場合その種別	株式会社		法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名
	代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 ) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇			
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 〇〇〇-〇〇〇〇 ) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇			
	事業所の名称	デイサービスセンター〇〇			
	連絡先	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000
		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 〇〇〇-〇〇〇〇 ) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇			
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	
	訪問型サービス独自/定率			種類	指定番号
	予防訪問事業・生活機能向上支援訪問事業			<input type="checkbox"/> 予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護	
	通所型サービス独自/定率				
	予防通所事業	<input checked="" type="radio"/>	30.6.1	<input type="checkbox"/> 予防通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	1234567890
いきいき活動支援プログラム	<input checked="" type="radio"/>	30.6.1	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		
関係資料	別紙のとおり				

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。

指定を受けたい事業もしくは、既に指定を受けている事業に〇をつけてください。

指定開始予定日を記入してください。更新申請の場合は記入不要です。