

別記

第3号様式（第10条第1項関係）

受付番号	
------	--

九十九里町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

九十九里町長 様

所在地

申請者

名称

代表者氏名

印

介護保険法に規定する事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(〒 - )					
		(ビルの名称等)					
	連絡先						
	法人の種別						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日		
代表者の住所	(〒 - )						
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(〒 - )					
						様式	
	第1号事業サービス 介護予防・日常生活支援総合事業	訪問型サービス（現行相当）					付表1
		通所型サービス（現行相当）					付表2
介護保険事業所番号						(既に指定を受けている場合)	
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード							

## 備考

- 1 「受付番号」欄は記載しないでください。
- 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」等の別を記載してください。
- 3 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正してその全てを記載してください。