

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者 指定申請書

(あて先)札幌市長

平成28年 12月 15日

住所 **札幌市中央区北1条西2丁目**
 申請者 氏名 **株式会社 札幌市役所**
代表取締役 札幌 太郎
 (法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに
 に名称及び代表者の氏名)

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、事業者に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	カ)サッポロシヤクショ		
	名称	株式会社 札幌市役所		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 060 - 8611) 札幌市中央区北1条西2丁目1-2 (ビルの名称等) 札幌市役所本庁舎3階		
	連絡先	電話番号 011-211-0△□×	FAX番号 011-218-0△□×	
	法人の種類	株式会社	法人所轄庁	法務局
	代表者の職・氏名(開設者の氏名)	職名 代表取締役	フリガナ氏名	サッポロ 太郎 札幌 太郎
代表(開設)者の住所	(郵便番号 060 - 0042) 札幌市中央区大通西1丁目1-2 (ビルの名称等)			
指定を受けようとする事業所	事業所等の所在地	(郵便番号 060 - 0010) 札幌市北区北10条西1丁目1-2 (ビルの名称等) 札幌マンション123号室		
	介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)	実施事業	指定申請をする事業等(事業開始予定年月日)	備考
	第1号訪問事業(訪問介護相当型)		平成 年 月 日	
	第1号通所事業	○	平成 29 年 4 月 1 日	
	第1号介護予防支援事業		平成 年 月 日	
	指定を受けている市町村名	石狩市、北広島市		
同一事業所内で行う	サービス種類	実施事業	既に指定を受けている事業等(指定年月日)	備考
	訪問介護		平成 年 月 日	
	(地域密着型)通所介護	○	平成 26 年 5 月 1 日	
	介護予防訪問介護		平成 年 月 日	
	介護予防通所介護	○	平成 26 年 5 月 1 日	
	介護予防支援		平成 年 月 日	
介護保険事業所番号		0 1 7 0 1 2 3 4 5 6 (既に指定を受けている場合)		

申請する事業所に係る指定を受けている市町村がありましたら記載してください。

同一事業所内で既に指定を受けている場合に記載してください。

- 【注意】
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法、団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は
 - 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当欄に「○」を記入してください。
 - 「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。
 - 「既に指定を受けている事業等」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入してください。
 - 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者 指定申請書

(あて先)札幌市長

年 月 日

住所
申請者 氏名 ㊟
(法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名)

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、事業者に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ			
	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	
	法人の種類	法人所轄庁		
	代表者の職・氏名 (開設者の氏名)	職名	フリガナ氏名	
指定を受けようとする事業所	代表(開設)者の住所	(郵便番号 -) (ビルの名称等)		
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)		
	介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)	実施事業	指定申請をする事業等 (事業開始予定年月日)	備考
	第1号訪問事業(訪問介護相当型)		平成 年 月 日	
	第1号通所事業		平成 年 月 日	
第1号介護予防支援事業		平成 年 月 日		
指定を受けている市町村名				
同一事業の所内で行う	サービス種類	実施事業	既に指定を受けている事業等 (指定年月日)	備考
	訪問介護		平成 年 月 日	
	(地域密着型)通所介護		平成 年 月 日	
	介護予防訪問介護		平成 年 月 日	
	介護予防通所介護		平成 年 月 日	
介護予防支援		平成 年 月 日		
介護保険事業所番号				
(既に指定を受けている場合)				

【注意】

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記入してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当欄に「○」を記入してください。
- 「指定申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等」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入してください。
- 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。