第1号様式

郵送の場合記入すること	担当者指名	
	電話	
	FAX	

※受付番号

指定申請書

年　　月　　日

(宛先)名古屋市長

申請者　所在地
名称
代表者氏名　　印

介護保険法に規定する事業所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。

なお、名古屋市　予防専門型訪問サービス / 生活支援型訪問サービス / 予防専門型通所サービス / ミニデイ型通所サービス / 運動型通所サービス / 自立支援型配食サービス　の人員、設備及び運営に関する基準を定める要領を満たしていること及び名古屋市暴力団排除条例(平成24年名古屋市条例第19号)第2条第1号に規定する暴力団を利することとならないよう事業運営することを誓います。

※事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号　　ー　　)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	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	(郵便番号　　ー　　)			
指定を受けようとする事業所	フリガナ				
	事業所の名称				
	事業所の所在地	(郵便番号　　ー　　)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	

事業等の種類		指定等を受けようとする事業等	事業開始予定年月日	事業等ごとの記載事項	既に指定等を受けている事業等	
					指定等年月日	介護保険事業所番号
第1号訪問事業	予防専門型訪問サービス			別紙1のとおり		
	生活支援型訪問サービス			別紙2または3のとおり		
第1号通所事業	予防専門型通所サービス			別紙4のとおり		
	ミニデイ型通所サービス			別紙5または6のとおり		
	運動型通所サービス			別紙7、8または9のとおり		
第1号生活支援事業	自立支援型配食サービス			サービス利用者の推計数(　　)人		