様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　糸満市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

糸満市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防訪問介護A受託申請書

　糸満市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防訪問介護Aの事業を受託したいので、関係書類を添付して申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏　名 | |  |
| 代表者の  住所 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| すでに指定を受ている  事業所の種類 | 事業所等  の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | | | | |
| 第1号予防訪問介護 | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | （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 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

（注）

　１　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」、「社団法人」、「財団法人」、「医

　　療法人」等を記入してください。

　２　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください