

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 指定申請書

平成〇〇年 1月 5日

渋谷区長 殿

所在地 東京都渋谷区宇田川町〇-〇

申請者 名称 株式会社渋谷介護サービス 印

代表者氏名 代表取締役 渋谷 太郎

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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	カフシキガイシャシフヤカイゴサービス				
	名称	株式会社渋谷介護サービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都渋谷区宇田川町〇-〇 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	法人の種別	株式会社				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	シフヤ タロウ	生年月日
				氏名	渋谷 太郎	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
指定を受けようとする事業所	代表者の住所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都渋谷区神山町〇-〇 (ビルの名称等)				
	フリガナ	ホームヘルフシフヤ				
	名称	ホームヘルフ渋谷				
	事業所等の所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都渋谷区渋谷〇-〇-〇 (ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	指定を受けようとする事業の種類	国基準相当訪問型サービス		○	平成27年4月1日	付表1
		区独自基準訪問型サービスA		○	平成30年4月1日	
		国基準相当通所型サービス				付表2
		区独自基準通所型サービスA				
	既に指定を受けている事業の種類	訪問介護		○	平成28年10月1日	
通所介護						
地域密着型通所介護						
既に総合事業の指定を受けている場合の事業所番号			1	3	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
(区外事業所のみ) 指定を受けている他区市町村名						

- 備考 1 「受付番号」には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するものと既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「既に指定を受けている事業の指定年月日」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載してください。