様式第１号（第１４条関係）

通所介護相当サービス指定申請書

年　　月　　日

　石巻市長　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者の職名・氏名）

　介護保険法第１１５条の４５の５に規定する通所介護相当サービスの指定事業者の指定を受けたいので、石巻市通所介護相当サービスの人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱第１４条第１項の規定により、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　　　―　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 |  | | |
| Ｅ-mail | |  | | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | 職名 |  | | フリガナ |  | | | 生年月日 |  |
| 氏名 |  | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　―　　　　） | | | | | | | | |

備考　申請者は、別添「通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項」の付表を併せ　　　て提出してください。