

八丈町長 殿

所在地  
申請者 名称  
代表者の職・氏名

印

八丈町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業者の（指定・指定の更新）を受けたいので、八丈町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（第9条第1項・第10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（開設）者	フリガナ														
	名称														
	主たる事務所の所在地	（郵便番号 - ）													
	申請者連絡先	電話番号	（ ）				FAX 番号	（ ）							
	法人の種別														
	代表者の職・氏名	職名				フリガナ				生 年			月 日		
	代表者の住所	（郵便番号 - ）													
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ														
	名称														
	事業所等の所在地	（郵便番号 - ）													
	事業所連絡先	電話番号	（ ）				FAX 番号	（ ）							
	同一所在地において行う事業等の種類					指定申請をする事業等の事業開始予定年月日					既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日			様 式	
	訪問介護														
	介護予防訪問介護														
	第1号訪問事業													付表1	
	通所介護														
介護予防通所介護															
第1号通所事業													付表1		
介護保険事業者番号															
														（当該事業所が既に他のサービスで指定を受けている場合）	