みなし第１号通所事業者の三朝町介護予防通所介護相当サービス開始届出書

年　　月　　日

　　三朝町長　様

所在地

申請者　法人名

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する三朝町介護予防通所介護相当サービスを開始したいので、関係書類（事業費算定に係る体制等に関する届出）を添えて届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届　　出　　者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電 話 番 号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種類 |  | 法人の所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電 話 番 号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 同一所在地内で行う事業の種類 |  | 実施事業 | 事業開始予定年月日 | 指定年月日 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | 三朝町介護予防通所介護相当サービス |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地内で行う事業の種類 |  | 実施事業 | 事業開始予定年月日 | 指定年月日 |
| 居宅サービス事業・地域密着型サービス事業・介護予防サービス事業 | 訪問介護 |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  |
| 地域密着型通所介護 |  |  |  |
| 介護予防訪問介護 |  |  |  |
| 介護予防通所介護 |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合のみ記入してください。） |
| 指定を受けている市町村名 |  |

（注意）　１　「法人の種類」欄は、届出者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください｡

２　「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、そ の名称を記入してください。

３　「実施事業」欄は、今回届出するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と、指定があったものとみなされたものに｢みなし」と記入してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。

４　「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入してください。

５　「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定された年月日を記入してください。

６ 町内で指定を受けている事業所の事業所情報については、三朝町通所介護相当サービスは（介護予防）通所介

護又は地域密着型通所介護の内容と同じとします。