**新規指定申請意思確認書**

介護保険法に基づく新規指定申請を行いますので、納付書の発行をお願いします。

なお、指定申請を行うに際して、旭川市手数料条例に基づき、旭川市の指定する期日までに指定手数料を納付します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者の職名・氏名 |  |
| 法人所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日（指定希望日は毎月１日を原則としています。） | |
| 事業所名 |  | |
| 事業所所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | |
|  | |
| サービス種別 | ① | ② |
| （同時に介護予防サービスの指定を受ける場合は、介護予防サービス名も記入してください。） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| 文書等送付先  （チェックをつける） | □ 法人宛を希望する | □ 事業所宛を希望する |

注１　新規指定申請意思確認書は、申請を予定している事業所、サービス種別ごとに１枚作成してください。ただし、１事業所で居宅サー

ビスと同種の介護予防サービスを同時に申請する場合は、１枚にまとめてください。

注２　発行された納付書は、当該新規指定申請意思確認書により申請意思を確認した事業の手数料を納付するためのものです。他の事業の

指定申請の支払いには使用できません。

注３　予定していた指定申請を取りやめる又は指定希望日を変更する場合は、速やかに次の担当まで御連絡をお願いします。

【問合せ先】

旭川市保健所 医務薬務課

TEL 0166-25-9815

FAX 0166-26-7733

E-mail imuyakumu@city.asahikawa.lg.jp