様式第５号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業　第１号事業者指定更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

武　豊　町　長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | | | |
| 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 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を申請する事業所 | 事業所等の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | |
| 介護予防・日常  生活支援総合  事業第１号事業  サービス | 訪問型サービス（現行相当） | | | | | | | | | | | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | |
| 通所型サービス（現行相当） | | | | | | | | | | | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 １　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４としてください。

２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団公人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　「実施事業」欄は、今回指定更新を申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。