様式第２号（第５条関係）

幌延町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

年 月 日

幌延町長　　　　　　　様 所在地

申請者 名　称

代表者職・氏名

介護保険法に規定する第１号事業の事業所に係る指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 介護保険事業者番号 | | |  |  | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・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　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所・施設 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所　・　施　設　の　種　類 | | | | | | 実施事業 | | 既に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | | 様式 | | |
| 介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 訪問介護相当サービス | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 通所型サービス | 通所介護相当サービス | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 申請書担当者 | | | | |  | | | | 連　　絡　　先 | | | | |  | | | | | | | | | | |

備考

１ 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。

２ 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

３ 「実施事業」欄は、今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。

４ 「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定の有効期間満了日を記入すること。