様式第2号(第5条関係)

|  |
| --- |
| 甲佐町介護予防・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

|  |  |
| --- | --- |
| 　甲佐町長　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 | 　 | 法人の所轄庁 | 　 |
| 代 表 者 の 職・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 | 生年月日年　　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 |  |  |  |
| 訪問型サービスＡ |  |  |  |
| 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。