

受付番号	
------	--

## 介護予防・日常生活支援総合事業者指定更新申請書

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

所在地

申請者

名 称

Ⓜ

介護保険法（第115条45の3第1項）に規定する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。

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： - ) 県 郡市					
	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： - ) 県 郡市						
指定の更新を受けようとする事業所の種類	フリガナ							
	名 称							
	事業所の所在地		(郵便番号： - ) 県 郡市					
	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	現在指定を受けている事業所の指定有効期間満了日		既に指定を受けている事業の指定年月日		様式
	第1号事業	訪問型サービス	介護予防訪問 介護相当サービス					付表1
通所型サービス		介護予防通所 介護相当サービス					付表2	
介護保険事業所番号					(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名								
医療機関コード等								

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

- 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」、「財団法人」、「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、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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始の予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設または老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください複数コードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。