様式第4号（第2条の2関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付番号 |  |
| 指定地域密着型サービス事業所 |  | | |
| 指定地域密着型介護予防サービス事業所 | 指定更新申請書 | | |

年　　月　　日

睦沢町長　　　　　　　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　印

　介護保険法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　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | |
| 事業等の種類 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | | | |
| 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　「事業等の種類」欄は、今回更新申請する指定地域密着型サービス事業、指定地域密着型介護予防サービス事業の種類について記入してください。

　　5　「既に受けている指定の有効期間満了日」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から6年を経過する日を記載してください。

　　　 なお、平成12年3月31日以前に指定を受けた事業者の有効期間満了日は、平成20年3月31日と記載してください。

　　6　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又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。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。