|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定地域密着型サービス事業者等指定更新申請書

年　　月　　日

　(あて先)八街市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名称  代表者氏名 |

　介護保険法に規定する事業者に係る指定の更新を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」「事業所所在地市町村番号」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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」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はその主務官庁の名称を，公益社団法人又は公益財団法人である場合は監督を受ける行政庁の名称を記載してください。

　　4　「事業等の種類」欄は，今回更新申請する事業の種類について記入してください。

　　5　「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は，指定の更新を受けようとする事業の有効期間満了日を記入してください。

　　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。