（表）

受付番号

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

　二本松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

介護保険法１１５条の４５の６に規定する指定事業者の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 | | | |  |
| 更新申請者 | 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 | |  | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　） | | | | | | | | | |
| 更新申請に係る事業所 | 事業所の名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | |
| 現に受けて  いる指定 | | 指定年月日 | | | |  | | | | | |
| 指定有効期間  の満了日 | | | |  | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  | | | | | |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | | 実施事業 | | | 事業所等の名称 | | | | | 当該事業の指定年月日 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |

（裏）

備考

１　申請書の住所・所在地の記入欄には、番地まで記入してください。

２　別に指示する書類を添付してください。

３　「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。

４　「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」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

５　「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について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。

６　保険医療機関、保健薬局、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、その全てを記載してください。