|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第2号様式（第12条関係） | 受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 上尾市介護予防・日常生活支援総合事業指定第一号事業者指定更新申請書 |

年　　月　　日

（宛先）

　　　　上尾市長

所在地

　名称

代表者

次のとおり、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、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 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | ふりがな | | | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 指定更新する事業 | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | | 左記の指定有効期間満了年月日 | | 様式 |
| 訪問型  サービス | 訪問介護員等によるサービス | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | 付表1-1 |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | 付表1-2 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 通所型  サービス | 通所介護事業者の従事者によるサービス | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | 付表2-1 |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | 付表2-2 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 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 | | | | | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | | | | |

＊裏面＜記入に当たっての注意＞を、お読みください。

＜記入に当たっての注意＞

1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。

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入してください。

4　「指定更新する事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

5　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、今回指定更新するものについて、現に受けている指定の指定年月日を記載してください。

6　「左記の指定有効期間満了年月日」欄は、今回指定更新するものについて、現に受けている指定の有効期間満了年月日を記載してください。

7　保険医療機関、保険薬局、介護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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。