様式第２号（第８条関係）

介護予防・日常生活支援指定事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　南三陸町長　様

所在地

届出者　　名称

代表者氏名

　介護保険法（平成９年法律第１２３号）に規定する事業所（施設）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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所所在市町村番号 | ※ |
| 申請者 | 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）　　　　　県　　　　　市・郡 |
| （ビルの名称等） |
| フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 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 | 年　月　日 |
| 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　）　　　　　県　　　　　市・郡 |
|  |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）　　　　　県　　　　　市・郡 |
|  |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防訪問介護相当サービス |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 付表２ |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （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 |  |  |  |  |  |  |  |

（注）

１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。

３　「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。

４　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。

５　「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。

６　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。