様式第２号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書

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）に規定する事業者に係る更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務  所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | 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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　県　　　　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 | | |
| 第１号訪問事業 | | | | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 付表１ | | |
| 第１号通所事業 | | | | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 付表２ | | |
| 介護保険事業者番号 | | |  |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関コード等 | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

（注）

１　「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。

２　「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。

３　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に○印を付けてください。

４　「指定申請をする事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日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、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。