様式第２号

中野市介護予防・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

中野市長　　　　　あて

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の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（届出）者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 |
| 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 | | | |  | | |
| 更新を受けようとする事業の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | 実施事業 | | | | | | 指定の有効期間満了日 | | | | | | | 指定（許可）年月日 | |
| 訪問介護相当サービス | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「事業所所在市町村番号」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、社団法人、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に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　「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「○」を記入してください。

５　「指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定又は許可された年月日を記入してください。