様式第３号（第11条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

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

　湯沢市長　様

所在地

申請者

名称

　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、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 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | フリガナ | | | | | | | 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 | 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 | | | 左記の指定の有効期間満了年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 訪問介護相当サービス | | | | |  | |  | | |  | | |  |
| 自立支援訪問サービス | | | | |  | |  | | |  | | |  |
| 通所型サービス | 通所介護相当サービス | | | | |  | |  | | |  | | |  |
| 自立支援デイサービス | | | | |  | |  | | |  | | |  |

　　備考１　「受付番号」及び「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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「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載してください。

　　　　４　「実施事業」欄は、今回更新申請するもののみについて、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、今回の更新申請に係る現に指定を受けている指定年月日を記載してください。

　　　　６ 「左記の指定の有効期間満了年月日」欄は、現に指定を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。