様式第２号(第４条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書

年　　　月　　　日

市川町長　　様

所在地

申請者 法人名

代表者

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業を行う事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、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　　　　－　　　　　)  (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 | | 職名 |  | | | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 代表者の住所 | | (郵便番号　　　　－　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)  等の所在地 | | (郵便番号　　　　－　　　　　)  (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | | | | | | |
| 指定を受ける事業の種類 | | | | | | 実施  事業 | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | 同一所在地内で行う既に指定を受けている事業 | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | 指定年月日 | | | |
| 有効期間満了日 | | | |
| 第１号事業 | 訪問介護サービス(現行型) | | | | |  | 年　月　日 | | | | |  | | | | | 年　月　日 | | | |
| 年　月　日 | | | |
| 通所介護サービス(現行型) | | | | |  | 年　月　日 | | | | |  | | | | | 年　月　日 | | | |
| 年　月　日 | | | |
| 通所介護サービス(緩和型) | | | | |  | 年　月　日 | | | | |  | | | | | 年　月　日 | | | |
| 年　月　日 | | | |
| 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  (町外の事業所が指定の申請をする場合のみ) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

備考

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」、「株式会社」等の別を記入すること。

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。