第５号様式（第８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指定更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛て）

　勝浦市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　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、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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | （　　　） | | | | | | | | | | FAX番号 |  | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | 様式 |
| 第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス） | | | | | | | | | |  | | | | | 年　月　日 | | | | 付表  １ |
| 第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） | | | | | | | | | |  | | | | | 年　月　日 | | | | 付表  ２ |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　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」「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　指定を受けようとする事業の種類ごとに所定の添付書類を添付してください。