第５号様式(第４条第１項関係)

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

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

　勝浦市長　 　　　　　　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　介護保険法第７９条の２に規定する事業所に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 事業所所在市町村番号 | |  |
| 更新申請者 | 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 | 職名 |  |  | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 更新事業所 | フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | E-mail |  | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | |  | | | |

備考　１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」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」「有限会社」等の別を記入してください。

　　　３　「法人所轄庁」欄、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　保険医療機関、保健薬局、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、適宣式を補正して、そのすべてを記載してください。