別記様式第２号(第４条関係)

登別市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（第１号訪問事業訪問介護・第１号通所事業通所介護・第１号訪問事業訪問型サービスＡ・第１号通所事業通所型サービスＡ）指定更新申請書

年　　月　　日

　登別市長　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　所  氏　名  法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名 |

　介護保険法に規定する第１号事業者（第１号訪問事業訪問介護・第１号通所事業通所介護・第１号訪問事業訪問型サービスＡ・第１号通所事業通所型サービスＡ）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  　　　年　　月　　日 | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日  　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 既に受けている指定の  有効期間満了日 | | | | | | 更新申請をする事業 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | | 第１号訪問事業訪問介護 | | | | | | | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | |  |
| 第１号通所事業通所介護 | | | | | | | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | |  |
| 第１号訪問事業訪問型サービスＡ | | | | | | | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | |  |
| 第１号通所事業通所型サービスＡ | | | | | | | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | |  |
| 誓約書 | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | |

備考1　「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」等の別を記入してください。

　　3　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記入してください。

4　別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。