様式第４号(第５条関係)

|  |
| --- |
| 野洲市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新申請書 |

年　　月　　日

　野洲市長　様

所在地

　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 介護保険事業所番号 | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・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　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 更新事業 | | | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問型サービス | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問型サービスA | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通所型サービス | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通所型サービスA | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |

備考

1　「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｡

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載してください。

３　「更新事業」欄は、今回の更新申請に係るものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

４　「現に指定を受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所及び同一所在地にある指定事業所の有効期間満了日を記載してください。