様式第３号（第６条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者指定更新申請書

年　　月　　日

甲賀市長　あて

申請者　住所

　　　　　　氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）

　介護保険法第１１５条の４５の６に規定す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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （ふりがな）  名称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| （ふりがな）  主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| Email | | |  | | | | | | | |
| 代表者の職、氏名及び生年月日 | 職名 | |  | | （ふりがな）  氏名 | |  | | | | 生年月日 |
|  | | | |  |
| （ふりがな）  代表者の住所 | （郵便番号　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 事業所 | （ふりがな）  名称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| （ふりがな）  所在地 | （郵便番号　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | 指定更新する事業（該当事業に○） | | | 指定有効期間満了日 | | | | | |
| 訪問型サービス（現行相当） | | |  | | |  | | | | | |
| 訪問型サービスＡ | | |  | | |  | | | | | |
| 通所型サービス（現行相当） | | |  | | |  | | | | | |
| 通所型サービスＡ | | |  | | |  | | | | | |
| 管理者 | （ふりがな）  氏名 | |  | | | | | | 生年月日 |  | | |
|  | | | | | |
| 住所 | | （郵便番号　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | |

注　事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替える。