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に規定する事業者（施設）に係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 | | | | | | | |  | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | |  | | | |
| 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　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所・施設の概要 | （ふりがな）  事業所（施設）の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ふりがな）  事業所の所在地  （施設の開設の場所） | （郵便番号　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う  事業等の種類 | | | 居宅サービス・居宅介護支援・施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施事業 | | | | 申請する事業等の  開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | | 既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日 | |
| 訪問介護 | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 介護予防訪問介護 | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 訪問型サービス（現行相当） | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 通所介護 | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 介護予防通所介護 | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 通所型サービス（現行相当） | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 通所型サービスＡ | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | （既に指定（許可）を受けている場合、複数ある場合は  適宜様式を補正して記入） | | | | |
| 保険医療機関コード等 | | | |  | | | |  |  | | |  |  |  |  |  | |  | | | | |

注　事業所が法人以外の開設する病院、診療所また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、「法人の種別（及び法人所轄庁）」欄の記載を要しない。