様式第３号（第７１条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

　年　　月　　日

（宛先）知多北部広域連合長

所　 在 　地

申請者　名称

代表者職・氏名

介護保険法に規定する事業者に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| メールアドレス | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 氏　名 | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようと  する事業の種類 | 同一所在地において  行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | 指定の更新を受けようとする事業の  現に受けている指定の有効期間満了日 | | | |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「事業所所在市町村番号」欄は記入しないでください。

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入してください。

４　「実施事業」欄は、今回申請するものに「○」を記入してください。

５　「指定の更新を受けようとする事業の現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、年月日を記入してく

ださい。