様式第８号（第５条関係）

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

戸沢村介護予防・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

戸沢村長

所在地

申請者　名　称

　　　代表者

介護保険法第１１５条の４５の６に規定する指定事業者の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 事業所所在市村村番号 | | | |  | |
| 更新申請者 | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 更新申請に係る事業所 | 事業所の名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている  指定 | | 指定年月日 | | | |  | | | | | | | |
| 指定有効期間の満了日 | | | |  | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | | 実施事業 | | | 事業所等の名称 | | | | | | 当該事業の指定年月日 | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |

（裏）

備考

１　申請書の住所・所在地の記入欄には、ビル、マンションの名称等

についても記入してください。

２　添付書類は、次の書類を添えてください。

（１）付表（指定様式）

　（２）別に指示する添付書類

　２　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでく

ださい。

３　「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。

４　「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について介護保険法に

よる指定事業者として指定された年月日を記載してください。

５　保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステー

ションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、

そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数

のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを

記載してください。