様式第４号（第４条関係）

（表）

和水町介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定更新申請書

年　　月　　日

和水町長　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する事業所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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | | | | | | | | |
| 申請者 | ふりがな  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 | 職名 |  | | | ふりがな  氏　名 | | | | | 生年月日 | |
| 代表者住所 | (郵便番号　　　-　　　) | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | ふりがな  事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | (郵便番号　　　-　　　)  電話番号　　　(　　)　　　　　　　　FAX番号　　　(　　) | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | 実施  事業 | | 指定更新申請をする事業の事業開始予定年月日 | | 既に指定を  受けている事業の指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業 | 訪問型サービス  (現行相当) | | |  | |  | |  | | | 付表1 |
| 訪問型サービスＡ  (緩和型) | | |  | |  | |  | | | 付表2 |
| 通所型サービス  (現行相当) | | |  | |  | |  | | | 付表3 |
| 通所型サービスＡ  (緩和型) | | |  | |  | |  | | | 付表4 |
| 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 | | | |  | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | |  | | | | | |  | | | | |

（裏）

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　「実施事業」欄は、今回更新申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

３　「指定更新申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　４　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による第１号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、保険薬局、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。

　　６　指定更新申請については、付表及び必要な書類等を添付して提出してください。