|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防・生活支援サービス事業所 | 指定（許可）更新申請書 |

　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 遠軽町長　　様 | 住所  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　　　遠軽町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する事業所に係る指定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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (〒　　　―　　　　　)  　　　　　　都 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | | | | | | |  | | | |
| 代 表 者 の 職・氏名・生年月日 | 職名 | |  | | | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | 生年月日  年　　月　　日 |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　　業　　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用されている事務所を有するとき。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事 業 等 の 種 類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | | | | | |
| 医療機関等コード | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 申 請 書 担 当 者 | | | | |  | | | | | | | | | | | 連　　絡　　先 | | | | | | | |  | |

備考

１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別

を記入してください。

　　２　「法人の所轄庁」欄は、申請（開設）者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政官庁の名称を記入してください。

３　「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は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，そのコードを記入してください。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入してください。