様式第１０号（第２１条関係）

御杖村介護予防・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

御杖村長　　　　　　様

所在地

申請者　名称

代表者の職･氏名

介護保険法第１１５条の４５の６第１項に規定する指定事業者の指定の更新を受けたいので、御杖村介護予防・日常生活支援総合事業における事業者の指定の手続に関する要綱第５条第１項の規定により、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 | （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　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | |
| 事業所の種類 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | | | |
| 医療機関コード等 | | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」、「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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載してください。

４　「事業の種類」欄は、今回更新申請する介護予防・日常生活支援総合事業の事業の種類について記入してください。（例：第１号訪問事業、第１号通所事業）

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、その全てを記載してください。