様式第５号（第８条関係）

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

能美市介護予防・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

能美市長　あて

所在地

申請者　名　称

　　　代表者

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 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　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所の概要 | 事業所の名称 | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | 実施  事業 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 様式 | |
| 訪問型 | スマイルヘルパー | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | 付表１ | |
| あんしんサポーター | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | 付表１ | |
| 通所型 | スマイルデイサービス | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | 付表２ | |
| はつらつデイサービス | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | 付表２ | |
| 上記と一体的に行う事業 | | 訪問介護 | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| 通所介護 | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| 地域密着型通所介護 | | |  | | |  | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | ① |  | |  | |  |  |  | |  |  | | | ② | | |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  |

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、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「実施事業」欄は、今回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。

５「指定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。

６「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、現在受けている指定の有効期間が満了する年月日を記載してください。

７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。