様式第５号(第７条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（介護予防訪問介護相当サービス

・介護予防通所介護相当サービス）　指定更新申請書

　　　年　　　月　　　日

　鬼北町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

介護保険法に規定する第１号事業者（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス）の

指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 　 | 法人の所轄庁 | 　 |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 名　　前 | 　 |
| 代表者の住所 | 　(郵便番号　　　―　　　　　) |
|  |
| 事業所・施設 | フリガナ | 　 |
| 事業所・施設の名称 | 　 |
| 事業所等の所在地 | 　(郵便番号　　　　―　　　　) |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 事業の種類 | 介護予防・日常生活支援総合事業(第１号事業) | 実施事業 | 既に受けている指定の有効期間満了日 | 様　式 |
| 介護予防訪問介護相当サービス |  |  | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス |  |  | 付表２ |
| 申 請 書 担 当 者 |  | 連　　絡　　先 |  |

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、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、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。

３　「実施事業」欄は、今回の更新申請に係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。

４　「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定の有効期間満了日を記入してください。

５　更新の申請をしようとする事業について、指定申請書（様式第１号）に添付する付表及び付表備考に掲げる書類を添付してください。