様式第４号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

大雪地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者更新申請書

平成　　年　　月　　日

大雪地区広域連合長　様

所在地

申請者　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

大雪地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者に係る指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種類 | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日 | 有効期間  満了日 |
| 名　　称 | | |
| 種類名 | | 該当 | |
| 訪問型サービス（国基準型） | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
| 訪問型サービス（基準緩和型） | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
| 通所型サービス（国基準型） | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
| 通所型サービス（基準緩和型） | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |

備考１「受付番号」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「実施の種類」欄は、今回更新申請ものについて、該当する欄に「○」を記入してください。