様式第3号（第6条関係）

勝山市介護予防・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

勝山市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　介護保険法に規定する第１号事業者（勝山市介護予防訪問介護相当サービス・勝山市介護予防通所介護相当サービス）の指定を更新したいので、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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 法人の種類 |  | | | | | | | | | 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 | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の  所在地 | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 指定を申請する  事業開始予定年月日 | | | 既に指定を受けている  事業の指定年月日 | | 様　式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  （第１号事業） | 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 |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | （既に指定を受けている場合のみ記入してください。） | | | | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　「法人の種類」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」「有限会社」等の別を記入してください。

２　「法人所轄庁」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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて「○」と記入してください。

４　「指定を申請する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入してください。

５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として既に指定された年月日を記入してください。

６　保険医療機関、保健薬局、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不版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。