様式第２号(第５条関係)

津山市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者

（介護予防訪問サービス・介護予防通所サービス・ふれあい交流通所サービス）指定更新申請書

年　　月　　日

　津山市長　　　　殿

事業者　所在地

名称　　　　　　　　　　　　㊞

代表者職名

　介護保険法に規定する第１号事業者に係る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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ名称 |  |
| 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| Ｅmail |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ氏名 | 　 | 生年月日 |
| 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| 事業所 | 事業所名 |  |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業(該当事業に○) | 現に受けている指定の有効期間満了日 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | 介護予防訪問サービス | 　　 | 　 |
| 介護予防通所サービス | 　　 | 　 |
| ふれあい交流通所サービス |  |  |
| 居宅サービス事業・地域密着型サービス事業 | 訪問介護 | 　　 | 　 |
| 通所介護 | 　　 | 　 |
| 地域密着型通所介護 | 　 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定を受けている場合) |
| 医療機関コード等 |  |  | 　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） |

備考

　1　「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は，今回申請するものについて，該当する欄に記載してください。

　2　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。

　3　届出事項に変更がないときには，「事業所の名称及び所在地」，「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名，生年月日，住所及び職名」，「現に受けている指定の有効期間満了日」，「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」，「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて，申請書への記載又は書類の提出を省略できます。