様式第２号（第４条関係）

堺市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　堺市長　殿

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者職氏名

介護保険法（平成９年法律第１２３号）に規定する第１号事業に係る指定事業者の指定の更新を受けたいので、堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第４条の規定により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　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ﾌｧｯｸｽ番号 | |  | | |
| 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　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | 実施事業 | | 更新年月日 | | | 有効期間満了日 |
| 堺市介護予防訪問サービス | | | | |  | |  | | |  |
| 堺市介護予防通所サービス | | | | |  | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 事業の種類 | | | | | | | | | | | | 実施事業 | 更新年月日 | 有効期間満了日 |
| 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） | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | |

備考

　１　「事業所所在市町村番号」欄は、記入しないでください。

　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、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。

　３　「法人所轄庁」欄は、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入してください。

　４　「実施事業」欄は、今回更新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　「更新年月日」欄は、該当する欄に有効満了日の翌日を記入してください。

　６　「有効期間満了日」欄は、現在の有効期間の満了日を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |