様式第１号（第３条関係）

飛驒市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

　　年　　月　　日

飛騨市長　あて

所在地

申請者 名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※事業所所在地市町村番号 | | | | | | | | |  | | |
| 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の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | 実施事業 | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | | | | | | 既に同一敷地内で指定を受けている訪問介護事業又は通所介護事業、 | | | | 様式 |
| 指定年月日 | | | 指定番号 |
| サービス事業 | 訪問介護相当サービス事業 | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | 付表１ |
| 通所介護相当サービス事業 | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | 付表２ |
| 通所型サービスＡ（基準緩和型）事業　基準緩和通所サービス | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | 付表２ |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として利用される事業所を持つ場合  所在地１  所在地２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ほか多数ある場合は適宜追加して記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | | | | | |

備考 １　「事業所所在市町村番号」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」「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、該当する欄に「○」

を記入してください。

５　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。

　　　　 ６　付表については、様式第１号に規定する様式により作成してください。