様式第１号の２（第５条関係）

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定居宅サービス事業者 ・ 指定居宅介護支援事業者 ・ 指定介護予防サービス事業者更新申請書  　年　　　月　　　日  豊中市長様  主たる事務所の所在地  申請者　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者の職・氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人以外の者にあっては、  住所及び氏名  第７０条の２第１項　　　　　　　　　　　 指定居宅サービス事業者  介護保険法　第７９条の２第１項　 の規定により、　指定居宅介護支援事業者　　　に係る指定の更新を受けたい  第１１５条の１１において準用する同法第70条の２第1項　　 指定介護予防サービス事業者  ので、関係書類を添えて申請します。  １　申請者   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 名称又は氏名  ※変更の有無にかかわらず記入 | 名称又は氏名の変更の有無 | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | フリガナ | | | | | | |  | | | | | | | 主たる事務所の所在地  ※変更の有無にかかわらず記入 | 主たる事務所の所在地の変更の有無 | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | フリガナ | | | | | | | （郵便番号 　 － 　　 ） | | | | | | | 申請者の連絡先  ※変更有りの場合は、変更後の連絡先を記入 | 申請者の連絡先の変更の有無 | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | 変更後の電話番号：  変更後のＦＡＸ番号： | | | | | | | 法人の種別・  法人の所轄庁  ※変更有りの場合は、変更後の法人の種別・法人の所轄庁を記入 | 法人の種別の変更の有無 | | |  | 変更有り□・変更無し□ | | | 変更後の法人の種別：  変更後の法人の所轄庁： | | |  |  | | | 代表者の職・氏名・生年月日  ※変更の有無にかかわらず記入 | 代表者の職・氏名の変更の有無 | | | | 変更有り□・変更無し□ | | | 代表者の職：  代表者の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名フリガナ：　　　　　　　　　　　　　）  代表者の生年月日： | | | | | | | 代表者の住所  ※変更の有無にかかわらず記入 | 代表者の住所等の変更の有無 | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | フリガナ | | | | | | | （郵便番号 　 － 　　 ） | | | | | | | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  | | |   ２　指定の更新を受けようとする事業所   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 事業所の名称  ※変更の有無にかかわらず記入 | 名称の変更の有無 | | | | | | | | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 事業所の所在地  ※変更の有無にかかわらず記入 | 事業所の所在地の変更の有無 | | | | | | | | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | （郵便番号 　－ 　 ） | | | | | | | | | | | | | | | 事業所の連絡先  ※変更有りの場合は　変更後の連絡先を記入 | 申請者の連絡先の変更の有無 | | | | | | | | | | | | 変更有り□・変更無し□ | | | 変更後の電話番号：  変更後のＦＡＸ番号： | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険事業所番号 | | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている番号を記入） | | | 現に指定を受けている事業者の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | 更新（事業開始）年月日※有効期間満了日の翌日を記入 | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | |      |  |  |  | | --- | --- | --- | | 申請担当者氏名 | |  | | 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  | |

（裏）

|  |
| --- |
| 備考 １　「法人の種別」の欄には、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」等の別を記入すること｡  ２　「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。  ３　「更新年月日」の欄には、該当する欄に有効期間満了日の翌日を記載すること。  ４　「現に指定を受けている事業者の有効期間満了日」の欄には、現在の有効期間の満了日を記載すること。 |