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。 |