様式－施設更新（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険施設指定（開設許可）更新許可申請書年　月　日豊中市長　　様所 在 地申請者 名　 称代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　指定　　開設許可第86条の２第１項第94条の２第１項介護保険法　　　　　　　　　の規定により、介護保険施設の　　　　　の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請（開設）者 | フリガナ |  |
| 名称又は氏名 |  |
| 主たる事務所の所在地又は住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　　　都 道　　　　　郡 市　　　　　府 県　　　　　区 |
| 申請者の連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人の所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 　職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　日生 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　）　　　　　都 道　　　　　郡 市　　　　　　　　　　　　　　　　府 県　　　　　区 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 施設の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　）　 |
| 施設の連絡先 | 代表電話番号 | 　 |
| 同一所在地において行う事業又は施設の種類 | 実施事業又は施　設 | 更新年月日 | 現に指定等を受けている事業又は施設の有効期間満了日 | 添付する付表 |
| 施　設 | 介護老人福祉施設 |  |  |  | 付表14 |
| 介護老人保健施設 |  |  |  | 付表15 |
| 介護療養型医療施設 |
|  | 療養病床を有する病院・診療所 |  |  |  | 付表16の1、付表16の2 |
| 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 |  |  |  | 付表16の１ |
| 居 宅 | 通所リハビリテーション |  |  |  | 付表７ |
| 短期入所生活介護 |  |  |  | 付表８の１、付表８の２ |
| 短期入所療養介護 |  |  |  | 付表９ |
| 介護予防 | 介護予防通所リハビリテーション |  |  |  | 付表７ |
| 介護予防短期入所生活介護 |  |  |  | 付表８の１、付表８の２ |
| 介護予防短期入所療養介護 |  |  |  | 付表９ |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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） |

 |

このページの提出は不要です。

|  |
| --- |
| 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」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　「実施事業又は施設」の欄には、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入すること。なお、介護保険法第７２条第１項及び同法第１１５条の１１において準用する同法第７２条第１項の規定により指定があったものとみなされた居宅サービス事業及び介護予防サービス事業については、該当する欄に「みなし」と記入すること。また、「指定を受けようとする施設の種類」が「介護老人福祉施設」の場合には、併設する居宅サービス事業又は介護予防サービス事業で、別の申請書により申請するものについて、該当する欄に「併設」と記入すること。４　「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。５　「現に指定等を受けている事業又は施設の有効期間満了日」の欄には、現在の有効期間の満了日を記載すること。６　保険医療機関として既に医療機関コード等が付番されている「介護療養型医療施設」にあっては､そのコードを「医療機関コード等」の欄に記載すること。 |