様式第３号（第７条関係）

豊中市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

　　　　　 年（　　　　　年）　　 月　　 日

豊　中　市　長　　様

主たる事務所の所在地

開設（事業）者　　名称

代表者の職・氏名

介護保険法第115条の45の6第1項に規定する指定事業者の指定の更新を受けるため、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受けようとする事業所の概要 | 事業所の  名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所 在 地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | |
| メールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行うサービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 指定更新申請をするサービスへ○を入れてください。 | | | | 現に指定を受け  ている指定の  有効期間満了日 | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業サービス | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | （現に指定を受けている番号を記入してください。） | | | | | | | | |

備考

1 「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」「営利法人」等の別を記入してください｡

2 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その行政庁の名称を記載してください。

3 「現に指定を受けている指定の有効期間満了日」の欄は、現在の有効期間の満了日を記載してください。

4 付表については、市長が別に定める様式を使用してください。