様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

十和田市指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　十和田市長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

　事業者として指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 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、  氏名及び生年月日 | 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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の連絡先 | 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 | 当該申請に係る事業の指定年月日 | | | | 当該申請に係る事業の有効期間満了日 | | | | 指定を受けている事業の介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | 様式 |
| 居宅介護支援 |  |  | | | |  | | | |  |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 介護予防支援 |  |  | | | |  | | | |  |  | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |

備考１　「受付番号」「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」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

　　３　「法人所轄庁」欄は、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、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　５　「当該申請に係る事業の指定年月日」欄は、該当する欄に事業の指定年月日を記載してください。

　　６　「当該申請に係る事業の有効期間満了日」欄は、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

　　７　「指定を受けている事業の介護保険事業所番号」欄は、指定事業者として指定された事業所番号を記載してください。