様式第２号（第６条関係）

八尾市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

年　　　月　　　日

（あて先）　八尾市長

主たる事務所の所在地

名　称

代表者の職・氏名

申請者

介護保険法第115条の45の６第１項の規定により、指定事業者の指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　申請者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
|  | | | | |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名のフリガナ：　　　　　　　　　　　　　）  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  （現に指定を受けている番号を記入してください。） | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定更新申請をする事業の種類 | | | | □　第１号訪問事業（訪問介護相当サービス）  □　第１号訪問事業（共生型訪問介護相当サービス）  □　第１号訪問事業（訪問型サービス（基準緩和））  □　第１号通所事業（通所介護相当サービス）  □　第１号通所事業（共生型通所介護相当サービス） | | | | | | | | | |
| 現に指定を受けている指定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 | | | | | | | | | |
| 希望する  指定の有効期間  介 | | □　６年間  □　指定訪問介護事業者、共生型指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者、共生型指定通所介護事業者、指定地域密着型通所介護事業者又は共生型指定地域密着型通所介護事業者としての指定の有効期間の満了日までの期間 | | | | | | | | | | | |

備考

　１　「法人の種別」の欄には、「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」等の別を記入してください｡

　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入してください。

３　「希望する指定の有効期間」の欄には、申請者が指定訪問介護事業者、共生型指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者、共生型指定通所介護事業者、指定地域密着型通所介護事業者又は共生型指定地域密着型通所介護事業者であって、同一の事業所において一体的に第１号訪問事業又は第１号通所事業を行う場合には、この申請による指定の有効期間をこれらの事業者としての指定の有効期間の満了の日までの期間とすることができますので、いずれか希望する指定の有効期間をチェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請担当者氏名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |