

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

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職・氏名

印

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。

申請者	フリガナ 名 称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)						
		(ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	法人の種類別				法人の所轄庁			
	代表者の氏名等	職名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
氏名			年 月 日					
代表者の住所	(郵便番号 -)							
	(ビルの名称等)							
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		(ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	フリガナ 管理者氏名等					生年月日	年 月 日	
管理者の住所	(郵便番号 -)							
	(ビルの名称等)							
介護保険事業所番号	2	7						
事業の種類	<input type="checkbox"/> 第1号訪問事業（訪問介護相当サービス） <input type="checkbox"/> 第1号訪問事業（共生型訪問介護相当サービス） <input type="checkbox"/> 第1号訪問事業（訪問型サービス（基準緩和）） <input type="checkbox"/> 第1号通所事業（通所介護相当サービス） <input type="checkbox"/> 第1号通所事業（共生型通所介護相当サービス）							
現在受けている指定の有効期間満了日	年 月 日							
希望する指定の有効期間	<input type="checkbox"/> 6年間 <input type="checkbox"/> 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							

申請担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	FAX番号	

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。