様式第６号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

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

　古河市長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　介護保険法第115条の45の６に規定する指定事業者の指定の更新を受けたいので、古河市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第１号事業者の指定等に関する要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 更　新　申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 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 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新申請に係る事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 事業の種類 | | | □介護予防訪問サービス（A２）  □家事応援訪問サービス（A３）  □介護予防通所サービス（A６）  □ミニデイ型通所サービス（A７） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の有効期間の満了日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新年月日 | | | 年　　月　　日（有効期間の満了日の翌日） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の有効期間の短縮の申出の有無（有りの場合は希望する指定の有効期間の満了日を記入） | | | □無し（更新年月日から６年間）  □有り（指定訪問介護事業者、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業所の指定の有効期間の満了日までの期間）  ⇒　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業に関する事項 | | 実施事業 | | | 事業所の名称 | | | | | | | | | | 当該事業の指定年月日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |

備考

　１　添付書類は、次の書類を添えてください。

　　(１)　付表（指定様式）

　　(２)　別に指示する添付書類

　２　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　３　「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、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記入してください。

　４　「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。