介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者　指定更新申請書

年　　月　　日

　軽井沢町長　　　　　　様

所在地

申請者　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　印印

　　介護保険法に規定する事業者に係る指定更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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　　 －　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 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 | 職名 |  |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　 －　　　　） |
|  |
| 　指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の名称 |  |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　 －　　　　） |
|  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 現に指定を受けている事業の指定の有効期間満了日 |
| 訪問介護 |  |  |  |
| 訪問介護相当サービス事業 |  |  |  |
| 訪問型サービスＡ事業 |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  |
| 通所介護相当サービス事業 |  |  |  |
| 通所型サービスＡ事業 |  |  |  |

（備考）　１　「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、「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。

　　　　　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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　　　５　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　　　　６　「現に指定を受けている事業の指定の有効期間満了日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日から６年経過日の前日を記載してください。