様式第６号(第９条関係)

**十日町市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者　指定更新申請書**

年　　月　　日

　十日町市長　　　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する事業者（施設）に係る指定（許可）の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | (フリガナ)  名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ)  主たる事務所の所在地 | | (郵便番号　　　　－　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 都 道  府 県 | | | | |  | | | | | | | 市 郡  区 | | | |  | | | | | |
| 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・氏名 | | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | | | (フリガナ)  氏名 | | | | | |  | | | | | 生年月日 |
|  | | | | |  |
| (フリガナ)  代表者の住所 | | (郵便番号　　　　－　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を更新しようとする事業所の概要 | | (フリガナ)  事業所（施設）の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ)  事業所の所在地  （施設開設の場所） | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | |
| Eメールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | 居宅サービス・居宅介護支援・施設 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する事業等の開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | | 既に指定（許可）を受けている事業等の指定（許可）年月日 | |
| 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 基準型訪問サービス（訪問介護相当サービス） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 緩和型訪問サービス（訪問型サービスＡ） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 介護予防通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 基準型通所サービス（通所介護相当サービス） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 緩和型通所サービス（通所型サービスＡ） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |

注　裏面の提出書類も併せて提出して下さい。また備考を確認しながら、申請書を記入して下さい。

◎提出書類

・本申請書

　　・申請する事業等に関する記載事項

　　・管理者の経歴書

　　・従事者の勤務体制及び勤務形態の一覧表

　　・従事者の資格を証する書類

　　・従業者の雇用契約書又は事例等の写し

　　・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

　　・介護給付費に係る体制等状況一覧

　　・前回指定時の市指定通知書及び同一事業所にて行う事業に関する指定を証する書類

　　・その他、市が指定する書類

（申請審査において、上記以外に必要な書類を請求する場合がありますので、その際は速やかに提出をお願いいたします。）

備考

　　１　事業所が法人以外の開設する病院又は診療所であるときは、申請者欄の「名称」を氏名、「主たる事務所の所在地」を「住所」に読み替え、「法人の種別」、「代表者の職・氏名」及び「代表者の住所」の欄の記載を要しません。

　　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」「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。

　　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　「申請する事業の開始予定年月日」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。

　　５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」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を記載してください。

　　６　保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に保険医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「保険医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

　　７　申請書各欄に記入できない場合は、適宜別様式により提出してください。