様式第５号（第４条関係）

年　　月　　日

　水戸市長　様

申請者　　名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所指定更新申請書 |  |

　　介護保険法第115条の45の６第１項に規定する事業所に係る指定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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 |  | |
| Email | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 |  | |
| 更新を受けようとする事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | | 備考 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | | |

備考

１　「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」，「一般社団法人」，「公益社団法人」，「一般財団法人」，「公益財団法人」，「株式会社」等の別を記入してください。

２　「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入してください。

３　「更新を受けようとする事業の種類」欄は，今回更新する事業について，該当する欄に○印を付けてください。

４　「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は，該当する事業の欄に指定の有効期間の満了する年月日を記入してください。