第２号様式（第13条第１項）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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・指定更新申請書 |  |

年　　月　　日

　（宛先）浦安市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所　在　地名　　　称代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　介護保険法第115条の45の５第１項又は第115条の45の６第１項の規定により指定事業所の指定又はそ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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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　　　―　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 生年月日年　　月　　日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 指定・指定更新を受けようとする事業所の種類 | 事業所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定・指定更新申請をする事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | 　 | 年　　月　　日 | 年　月　日 | 付表 |
| 介護予防通所介護相当サービス | 　 | 　　　年　　月　　日 | 年　月　日 | 付表 |
| 通所型サービスＡ |  | 年　　月　　日 | 年　月　日 | 付表 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 | 　 |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

備考

　１　「受付番号」欄及び「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。

　２　「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「○」を記載してください。

　３　「指定・指定更新申請を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。

　４　「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。

　５　保険医療機関、保険薬局、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「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、その全てを記載してください。