

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 更新申請書

令和 年 月 日

浦幌町長 様

所在地
申請者 名称
代表者

介護保険法に規定する事業所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		
	法人の種類別				法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
氏名						
代表者の住所	(郵便番号 —)					
事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ					
名称						
所在地	(郵便番号 —)					
連絡先	電話番号		FAX番号			
事業等の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
介護保険事業者番号						
指定を受けている他市町村名						
医療機関等コード等						

- 注1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 法人の種類別欄は、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」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所管庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記入してください。
- 4 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等コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関等コード等」欄に記入してください。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。
- 5 添付する様式等については指定申請時の様式を参照ください。