|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、

指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）更新申請書

年　　月　　日

　　　綾川町長　殿

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（開設許可）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | ※事業所所在地市町番号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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・  氏名・生年月日 | 職名 |  | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 代表者（開設者）の　住　所 | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | |  | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の指定（許可）年月日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の有効期間満了日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | |  |  | | |  | | |  |  | |  | | |  |  |  |  |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  |  | | | |  |  | |  | |  | | |  |  |  |  |

備考　１　※印の欄には、記入しないでください。

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」、「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、そのすべてを記入してください。

５　この申請書には、指定（許可）更新を受けようとする事業所（施設）の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。

６　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

（記入例）

第１号様式の２（第２条の２関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、

指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）更新申請書

平成●年△月×日

　　　綾川町長　殿

申請者　住　所　　香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 株式会社○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　代表取締役　○○○○　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（開設許可）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | ※事業所所在地市町番号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 申　　　　請　　　　者 | フリガナ | カブシキガイシャマルマル | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | 株式会社○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号761―○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | 087－○○○-○○○○ | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | | | | 087－○○○-○○○○ | | | | | |
| 法人の種別 | 株式会社 | | | | 法人所轄庁 | | 法務省 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の職・  氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | | | フリガナ | | マルマル　マル | | | | | | | | | | | 生年月日  昭和△年●月×日 | | | | |
| 氏名 | | ○○　○ | | | | | | | | | | |
| 代表者（開設者）の　住　所 | （郵便番号761―○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設） | フリガナ | キョタクカイゴシエンジギョウショマルマル | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | 居宅介護支援事業所○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号761―○○○○）香川県綾歌郡綾川町滝宮○番地○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | 087－○○○-○○○○ | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | 087－○○○-○○○○ | | | | | | | |
| サービスの種類 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の指定（許可）年月日 | | | | | | | | | | 平成▲年◇月○日 | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の有効期間満了日 | | | | | | | | | | 平成△年×月■日 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | | 1 | 2 | | | 3 | | | 4 | 5 | | 6 | | | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  |  | | | |  |  | |  | |  | | |  |  |  |  |

備考　１　※印の欄には、記入しないでください。

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」、「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、そのすべてを記入してください。

５　この申請書には、指定（許可）更新を受けようとする事業所（施設）の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。

６　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。