別記第６号様式（第４条第１項関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　　　　　　指定地域密着型サービス事業所

　　　　　　三笠市　指定居宅介護支援事業所　　　　　　　　　指定更新申請書

　　　　　　　　　　指定地域密着型介護予防サービス事業所

　　　　　　　　　　指定介護予防支援事業所

年　　月　　日

　三　笠　市　長　　　　様

　　所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　㊞

　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。なお、本申請に係る情報については、北海道及び国民健康保険団体連合会、その他の必要な機関に対して提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | |  |
| 申　　請　　者 | ふ　り　が　な |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の  所　在　地 | （〒　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | | |  | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | 法人の所轄庁 | | | |  | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・  生　年　月　日 | 職名 |  | | | ふりがな | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | | | | 年　月　日 | |
| 代表者の住所 | （〒　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　　業　　所 | ふ　り　が　な |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （〒　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| 事業所の所在地以外の場所にその事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふ　り　が　な |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （〒　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 添付資料 | 地域密着型介護サービス費・居宅介護サービス計画費・地域密着型介護予防サービス費・介護予防サービス計画費の請求に関する事項 | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号（居宅介護支援及び介護予防支援事業所に限る） | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | |

　　備考　１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　　　　２　別添の資料については、指定申請時の書類を参照してください。

　　　　　３　既に指定に係る資料として三笠市長に提出されているもののうち、届出事項に変更があるものにつ

いては、上記添付書類とともに提出してください