

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(許可)更新申請書

(宛先)札幌市長

年 月 日

住所
 申請者
 氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名

介護保険法第70条の2第1項(第79条の2第1項・第86条の2第1項・第94条の2第1項・旧法第107条の2第1項・第108条第1項・第115条の11において準用する第70条の2第1項)の規定により、事業者(施設)に係る指定(許可)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。

事業所所在地市町村番号

申請 (開設) 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	法人所轄庁		
	代表者の職・氏名 (開設者の氏名)	職名	フリガナ 氏名	
事業 所 等	フリガナ 名称			
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	当該事業所等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			
事業等 の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	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(許可)の有効期間満了日				
介護保険事業所番号				
医療機関等コード				

- 注 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 2 「法人の種類」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」等の別を記載してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請(開設)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載してください。
 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」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、そのすべてを記載してください。
 5 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。