

指定地域密着型サービス事業者
 指定地域密着型介護予防サービス事業者
 指定介護予防支援事業者

指定更新申請書

(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78条の12(第115条の21・第115条の31)において準用する第70条の2第1項の規定により、事業者に係る指定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		
	代表(開設)者の 住所	(郵便番号 -) (ビルの名称等)			
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					
介護保険事業所番号					
指定を受けている他市町村名					
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 「指定を受けている他市町村名」欄は、札幌市以外に指定を受けている市町村名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、その全てを記載してください。
 6 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出してください。

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