様式第7号（第７条関係）

藤井寺市介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

藤 井 寺 市 長　様

【申請者】　所　在　地

　名　称

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | | | | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | 指定年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 申　請　者 | | フ リ ガ ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　 　 称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の 所 在 地 | | | | (〒 －　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・  性別・生年月日 | | | | 職名 | | | |  | | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | |  | | | | | | | | 男  ・  女 | | | 生年月日 | | | |
| 氏　名 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業 所 | | フ リ ガ ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名 称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | | | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | 現に受けている指定年月日又は指定更新年月日 | | | | | | 現に受けている  指定有効期間  満了年月日 | | | 様式 | |
| 介護予防・生活支援サービス | | 訪問型サービス | | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | 付表１ | |
| 通所型サービス | 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | 付表２ | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【備考】

１「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」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

２「法人所轄庁」欄、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載してください。

３「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」を、既に指定を受けているものに「○」を記入してください。

４「現に受けている指定年月日又は更新年月日」欄は、該当する欄に現在指定を受けている当該指定年月日又は更新年月日を記載してください。

５「現に受けている指定有効期間満了日」欄は、現在指定を受けている指定に係る指定有効期間満了日を記載してください。

６　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。

７　藤井寺市暴力団排除条例に基づき、代表者及び役員等の個人情報を警察への照会に使用することがあります。暴力団員又は暴力団密接関係者であることが判明したときは、指定しません。

８　指定後、代表者及び役員等が暴力団又は暴力団密接関係者であることが判明したときは、指定の取消しを行います。