別記第２号様式（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅サービス事業者

　　　　　　　　介護保険施設　　指定（許可）更新申請書

　　　　 指定介護予防サービス事業者

年　　月　　日

　北海道知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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86条の２第１項・第94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）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 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者（開設者）の職･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 | フ　　　リ　　　ガ　　　ナ名　　　　　　　　　　　称 |  |
|  |
| 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 |  |
|  |
| 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 | 　　　　 |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関等コード |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

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」、「社団法人」、「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（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、そのすべてを記載してください。