第６号様式（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 芽室町介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業者（訪問事業・通所事業） | 指定更新 | 申請書 |

　　年　　月　　日

芽室町長　あて

所在地

申請者

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法第115条の45に規定する第１号事業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、国民健康保険団体連合会、その他の機関に対して提供することを同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | |  | | | |
| 申　請　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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・  氏名・生年月日 | 職名 |  | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | | |
| サービス種別 | 第１号訪問事業 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第１号通所事業 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付資料 | 付表 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 誓約書・役員等名簿 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| ~~運営基準遵守状況の自己点検シート~~ | | | | | | | | | | | | ~~別添のとおり~~ | | | | | | | | | | | | |
| 勤務表 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 雇用契約書 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地内で実施している事業について | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 第１号事業支給費の請求に係る事項 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２　「サービス種別」には、この申請で指定の更新を受けようとするサービス種類を記入してください。