第6号様式(第5条)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定地域密着型サービス事業所指定地域密着型介護予防サービス事業所 | 指定更新申請書 |

年　　月　　日

　　　　習志野市長　宛て

所在地

申請者

名称

　介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、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　　―　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| (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 | 　 |
| 代表者の職名・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　　―　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| 　 |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　―　　　　)　　　　　県　　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 事業所の種類 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 現に受けている指定の有効期限満了日 | 　 |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

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　「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」「有限会社」等の別を記入してください。

　　3　「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。

　　4　「事業所の種類」欄は、今回更新申請する指定地域密着型サービス事業、指定地域密着型介護予防サービス事業の種類について記入してください。(例：認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護)

　　5　保険医療機関、保健薬局、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。