

(表)

高砂お元気になりましょうサービス（短期集中予防サービス事業）

指定更新申請書

年 月 日

高砂市長 様

所在地

申請者 法人名

代表者名

高砂お元気になりましょうサービス（短期集中予防サービス事業）受託事業者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。

| | | | | | | | |
|----------------|-----------------|---------------------------|-----------|-------------|----------------------|---------------------|----|
| 申請者 | フリガナ | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号 —) | | | | |
| | 連絡先 | | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 法人の種別 | | 法人の所轄庁 | | | | |
| | 代表者の職・氏名・生年月日 | | 職名 | フリガナ 名 前 | 生年月日 年 月 日 | | |
| 代表者の住所 | | (郵便番号 —) | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | | | | | |
| | 事業所の名称 | | | | | | |
| | 事業所の所在地 | | (郵便番号 —) | | | | |
| | 連絡先 | | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 事業所の種類 | | | 実施事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 様式 |
| | 生活支援サービス・指定介護予防 | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | |
| | | 介護予防訪問型Aサービス | | | | | |
| | | 介護予防訪問型Cサービス | | | | | |
| | | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | |
| | | 介護予防通所型Aサービス | | | | | |
| 介護予防通所型Cサービス | | | | | | | |
| 同一業種内で行う事業の所在地 | サービス等 居宅 | 訪問介護 | | | | | |
| | | 訪問看護 | | | | | |
| | | 通所介護 | | | | | |
| | | 地域密着型通所介護 | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | (既に指定を受けている場合のみ記入してください。) | | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |
| 申請書担当者 | | 連絡先 | | | | | |

(裏)

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 4 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は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、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、その全てを記入すること。