

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

申請日（法人印を押印した日）を記載してください。

平成29年 月 日

芦屋市長 宛

法人情報を記載してください。
(注) 登記事項証明書と内容が一致するようにしてください。

申請者

所在地

名称

代表者氏名

法人印を押印してください。

印

介護保険法に規定する指定事業者に係る指定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。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャマルサンカク					
	名称	株式会社〇△					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 兵庫県 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇					
	連絡先	電話番号	0797-〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	0797-〇〇-〇〇〇〇	
	法人の種類別	株式会社		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名	職名	代表取締役	フリガナ	アシヤ タロウ	生年月日	昭和〇〇年 〇月〇日
		氏名	芦屋 太郎				
代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 兵庫県 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇						
事業所	フリガナ	ヘルパーステーションアシヤシャクショ					
	名称	ヘルパーステーション芦屋市役所					
	所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 兵庫県 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇					
連絡先	電話番号	0797-〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	0797-〇〇-〇〇〇〇		
同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日		現に指定を受けている事業 指定年月日 有効期間満了日		
介護予防・日常生活 支援総合事業 第1号事業	予防専門型訪問サービス	○	H30.4.1		H27.4.1	H30.3.31	
	生活支援型訪問サービス						
	予防専門型通所サービス						
介護保険事業所番号	2 8 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		指定を受けている他市町村名				

みなし指定を受けている事業所はH27.4.1と記載してください。
みなし指定の有効期間はH30.3.31までです。

同一所在地において 行う事業	指定を受けている事業の種類	同一場所で既に指定を受けている事業所がある場合に記載してください。 同一事業所番号にするには、事業所名称、事業所所在地が一致している必要があります。	完了日
	訪問介護（介護予防訪問介護）		
	通所介護（介護予防通所介護）		
介護保険事業所番号	事業所所轄庁		

備考1 「法人の種類別」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。

2 「法人所轄庁」欄は、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、今回申請するもの及び現に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

5 「現に指定を受けている事業」欄は、介護保険法に規定する指定事業者として指定された年月日及び有効期間満了日を記載してください。

6 「事業所所轄庁」欄は、他に指定を受けている事業がある場合に、その主務官庁の名称を記載してください。