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

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

所在地

申請者　名　称

代表者氏名

介護保険法第４６条第１項の指定の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 |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | | | |  | | |
| 代表者の職名、  氏名及び生年月日 | 職名 | | |  | | | | | フリガナ | | | | | | | |  | |
| 氏名 | | | | | | | | 年　月　日生 | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の有効期間満了日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | | | |
| 医療機関コード等 | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | |

備考

１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

２　次に掲げる書類を添付してください。

(1)　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

(2)　事業所の平面図

(3)　次の事項を記載した書類

ア　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴

イ　当該申請に係る事業の更新時の利用者の推定数

ウ　運営規程

エ　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

オ　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

カ　当該申請に係る事業に係る資産の状況

キ　関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容

ク　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項

ケ　役員の氏名、生年月日及び住所

コ　介護保険法第７９条第２項各号の欠格事由に該当しないことを誓約する書面

サ　介護支援専門員の氏名及びその登録番号

シ　その他指定に関し市長が必要と認める事項