

鹿児島市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者
指定更新申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者職・氏名 ㊟

介護保険法に規定する第1号事業者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 | | (〒 -) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| | 法人の種類 | | 法人の所轄庁 | | | |
| | 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 | | (〒 -) | | | | |
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | (〒 -) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| 同一所在地内で行う事業の種類 | 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 | | 実施事業 | 指定の有効期間満了日 | 指定年月日 | |
| | | | 予防型訪問介護サービス | | | |
| | | | 生活支援型訪問介護サービス | | | |
| | | | 予防型通所介護サービス | | | |
| | | | ミニデイ型通所介護サービス | | | |
| | | | 運動型通所介護サービス | | | |
| 同一所在地内で行う事業の種類 | 居宅サービス・地域密着型サービス・介護予防サービス | | 実施事業 | 指定の有効期間満了日 | 指定年月日 | |
| | | | 訪問介護 | | | |
| | | | 通所介護 | | | |
| | | | 地域密着型通所介護 | | | |
| | | | 介護予防訪問介護 | | | |
| | | | 介護予防通所介護 | | | |
| 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 | | | | | | |

(備考)

- 1 「法人の種類」欄は、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するものに「◎」と、既に指定を受けているものに「○」と、指定があったものとみなされたものに「みなし」と記入してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。
- 4 「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入してください。
- 5 「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定された年月日を記入してください。