

(表)

指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者更新申請書

年 月 日

大阪府知事様

申請者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の職・氏名  
 〔 法人以外の者にあつては、 〕  
 住所及び氏名 ㊟

第70条の2第1項 指定居宅サービス事業者  
 介護保険法 第115条の11において準用する同法第70条の2第1項の規定により、指定介護予防サービス事業者に係る  
 指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 申請者

名称又は氏名 ※変更の有無にかかわらず記入	名称又は氏名の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	フリガナ		
主たる事務所の所在地 ※変更の有無にかかわらず記入	主たる事務所の所在地の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	フリガナ (郵便番号 - )		
申請者の連絡先 ※変更有りの場合は、変更後の連絡先を記入	申請者の連絡先の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:		
法人の種別・法人の所轄庁	法人の種別の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	変更後の法人の種別: 変更後の法人の所轄庁: ※変更有りの場合は、変更後の法人の種別・法人の所轄庁を記入		
代表者の職・氏名・生年月日 ※変更の有無にかかわらず記入	代表者の職・氏名の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	代表者の職: 代表者の氏名: (氏名フリガナ: )		
	代表者の生年月日:		
代表者の住所 ※変更の有無にかかわらず記入	代表者の住所等の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	フリガナ (郵便番号 - )		
	電話番号 FAX番号		

2 指定の更新を受けようとする事業所

事業所の名称 ※変更の有無にかかわらず記入	名称の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	フリガナ		
事業所の所在地 ※変更の有無にかかわらず記入	事業所の所在地の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	フリガナ (郵便番号 - )		
事業所の連絡先 ※変更有りの場合は、変更後の連絡先を記入	申請者の連絡先の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>	
	変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:		
事業の種類			
介護保険事業所番号	2 7	(既に指定を受けている番号を記入)	
現に指定を受けている事業者の有効期間満了日	年 月 日		
更新(事業開始)年月日※有効期間満了日の翌日を記入	年 月 日		

申請担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	FAX番号	

(裏)

- 備考
- 1 「法人の種別」の欄には、申請者が法人である場合に、「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」等の別を記入すること。
  - 2 「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。
  - 3 「更新年月日」の欄には、該当する欄に有効期間満了日の翌日を記載すること。
  - 4 「現に指定を受けている事業者の有効期間満了日」の欄には、現在の有効期間の満了日を記載すること。