|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第13号（第12条関係） |  |  | | ※受付番号 |  | |  | |
|  | | | | | | |
|  |  |  | | | | 手 数 料 欄 | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 指定居宅サービス事業者  　　　　　指定介護予防サービス事業者  　　　　　介護保険施設 | | | 指定更新申請書 | | | | | |

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 広島県知事　様 | 郵便番号  申請者　法人の主たる事務所の所在地  (個人にあっては，住所)  法人の名称及び代表者の職氏名  (個人にあっては，氏名) |

　　　介護保険法（平成9年法律第123号）・健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法に規定する事業者（施設）に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※事業所所在地市町番号 | | | | |  |
| 申請(開設)者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | 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 | |  | | | | | | 生年月日  年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 代表者(開設者)の住所 | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　　都道　　　　　　郡市  　　　　　　府県　　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所・施設 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所・施設の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | (郵便番号　　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県 | | | | | | | 郡  　　　　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 代表電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | (郵便番号　　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県 | | | | | | | 郡  　　　　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| 管理者の氏名，  生年月日，住所 | | | フリガナ | | | | | | | | |  | | | | | | | | 生年月日  年　　月　　日 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | 3 | | 4 |  |  | | |  | |  | |  |  |  |  | | (既に指定を受けている場合) | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  | |  | | | | | | | | |

添付書類　1　　事業者の指定に係る記載事項のうち，各サービスに対応するもの

　　　　　2　　指定居宅サービス事業者にあっては介護保険法(以下「法」という。)第70条の2第4項で準用する法第70条第2項各号，指定介護老人福祉施設にあっては法第86条の2第4項で準用する法第86条第2項各号，指定介護療養型医療施設にあっては健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第107条の２第４項において準用する同法第107条第３項各号，指定介護予防サービス事業者にあっては，法第115条の11で準用する法第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書面

　　　　　3　　介護支援専門員の氏名及びその登録番号

　　　　　4　　その他必要と認められる書類

注　　　1　※印の欄は記入しないこと。

　　　　2　「法人の種別」欄は，申請者が法人である場合に，社会福祉法人，医療法人，一般社団法人，一般財団法人，株式会社，有限会社等の別を記入すること。

　　　　3　「法人所轄庁」欄は，申請(開設)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。

　　　　4　「主たる事業所・施設の名称」欄には，主たるものを1つ選んで記入すること。

　　　　5　保険医療機関，保険薬局又は老人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「医療機関コード等」欄に記入すること。複数のコードを有する場合には，様式を補正して，そのすべてを記入すること。

　　　　6　不用の文字は消すこと。

　　　　7　用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。