文　　書　　番　　号

　　　　年　　月　　日

　川南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

　介護保険法第７９条の２第１項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定（開設許可）の更新を、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　）  　　　　(電話番号　　　　　　　　　FAX番号　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メール等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 代表者の職  氏名・生年月日 | | 職名 | |  | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | 生年月日 |
| 氏　　名 | | | | |  | | |  |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の名称等 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　(電話番号　　　　　　　　　FAX番号　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| メール等 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 更新申請に係る　利用者の推定数 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険法に規定する人員基準充足の状況 | | | | | | | | | | | 充足している ・ 充足していない（該当するものに〇） | | | | | | | | |
| 事業所運営に係る損害賠償保険加入の有無 | | | | | | | | | | | 充足している ・ 充足していない（該当するものに〇） | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「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」等の別を記入してください。

２　更新申請書に虚偽に記載があった場合には、指定取消の対象となることもありますので御注意ください。

添付書類

１　同一所在地において行う他の指定居宅サービス事業がある場合はその一覧

２　申請書の登記証明書又は条例等

３　事業所の平面図

４　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴

５　運営規定

６　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

７　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

８　関係市町村及び他の保険医療・福祉サービスの提供主体と連携の内容

９　その他指定に関し必要と認める事項

１０　誓約書