

記入例
(居宅サービスのみ)

関係)

更新申請を行うサービスを囲んでください。

指定居宅サービス事業者 ・ 指定居宅介護支援事業者 ・ 指定介護予防サービス事業者更新申請書

平成25年4月1日

〇〇市長・〇〇町長宛

申請者 主たる事務所の所在地 大阪府大阪市中央区大手前二丁目〇番〇号
 名称 株式会社 大手前産業
 代表者の職・氏名 代表取締役 大手 一郎
 (法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

代表者印(法人の実印)を押印してください

第70条の2第1項

介護保険法 第79条の2第1項 の規定により、
 第115条の11において準用する同法第70条の2第1項

指定居宅サービス事業者

指定居宅介護支援事業者
 指定介護予防サービス事業者

ので、関係書類を添えて申請します。

法人名称・法人所在地が一致

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 フリガナ カブシキガイシャ オオテマエサンギョウ 株式会社 大手前産業	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウクオオテマエニチョウメ〇バン〇ゴウ (郵便番号 540-〇〇〇〇) 大阪府大阪市中央区大手前二丁目〇番〇号	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
法人の種別・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	法人の種別の変更の有無 変更後の法人の種別: 変更後の法人の所轄庁:	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 代表者の職:代表取締役 代表者の氏名: 大手 一郎 (氏名フリガナ: オオテ イチロウ) 代表者の生年月日:昭和21年4月1日	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフ△△シ△△チョウ〇チョウメ〇バン〇ゴウ (郵便番号 5××-××××) 大阪府△△市△△町〇丁目〇番〇号 電話番号	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>

法人代表者の名前が一致

**「変更有り」の場合は、当該事項について変更届も同時に提出してください。
 「変更有り」とは、新規申請時からではなく、直近で未提出の変更届があるかどうかで判断してください。**

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 フリガナ テンマハンボウセンカイゴセンター 天満橋訪問介護センター	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウクタニマチニチョウメ×バン××ゴウ (郵便番号 540 - 00××) 大阪府大阪市中央区谷町二丁目×番××号	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
介護保険事業所番号	2 7 7 1 2 3 4 5 6 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	平成23年10月31日	
更新(事業開始)年月日※有効期間満了日の翌日を記入	平成23年11月1日	

この申請の内容について、説明できる方を記載してください。

申請担当者氏名	天満 花子
連絡先 電話番号	06-××××-××××
FAX番号	06-△△△△-△△△△

(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。

記入例
(介護予防サービスのみ)

更新申請を行うサービスを囲んでください。

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・**指定介護予防サービス事業者**更新申請書

平成25年4月1日

〇〇市長・〇〇町長宛

申請者 主たる事務所の所在地 大阪府大阪市中央区大手前二丁目〇番〇号
 名称 株式会社 大手前産業
 代表者の職・氏名 代表取締役 大手 一郎
 (法人以外の者にあつては、住所及び氏名)



代表者印(法人の実印)を押印してください

介護保険法 第70条の2第1項 第79条の2第1項 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、

指定居宅サービス事業者 指定居宅介護支援事業者 指定介護予防サービス事業者に係る

ので、関係書類を添えて申請します。

法人名称・法人所在地が一致

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 フリガナ カブシキガイシャ オオテマエサンギョウ 株式会社 大手前産業	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウクオオテマエニチョウメ〇バン〇ゴウ (郵便番号 540-〇〇〇〇) 大阪府大阪市中央区大手前二丁目〇番〇号	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
法人の種別・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	法人の種別の変更の有無 変更後の法人の種別: 変更後の法人の所轄庁:	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 代表者の職:代表取締役 代表者の氏名: 大手 一郎 (氏名フリガナ: オオテ イチロウ) 代表者の生年月日:昭和21年4月1日	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフ△△シ△△チョウ〇チョウメ〇バン〇ゴウ (郵便番号 5××-××××) 大阪府△△市△△町〇丁目〇番〇号 電話番号 06-1111-1111	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>

法人代表者の名前が一致

**「変更有り」の場合は、当該事項について変更届も同時に提出してください。
「変更有り」とは、新規申請時からではなく、直近で未提出の変更届があるかどうかで判断してください。**

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 フリガナ テンマハ 天満橋訪問介護センター	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウクタニマチニチョウメ×バン×ゴウ (郵便番号 540-00××) 大阪府大阪市中央区谷町二丁目×番××号	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
介護保険事業所番号	2 7 7 1 2 3 4 5 6 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	平成24年3月31日	
更新(事業開始)年月日※有効期間満了日の翌日を記入	平成24年4月1日	

この申請の内容について、説明できる方を記載してください。

申請担当者氏名	天満 花子
連絡先 電話番号	06-××××-××××
FAX番号	06-△△△△-△△△△

(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。

記入例
(居宅サービス・介護予防サービスの同時更新の場合)

更新申請を行うサービスを囲んでください。

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防サービス事業者 更新申請書

平成25年4月1日

〇〇市長・〇〇町長宛

申請者 主たる事務所の所在地 大阪府大阪市中央区大手前二丁目〇番〇号
 名称 株式会社 大手前産業
 代表者の職・氏名 代表取締役 大手 一郎
 (法人以外の者にあつては、住所及び氏名)



介護保険法 第70条の2第1項、第79条の2第1項、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、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者に係る指

代表者印(法人の実印)を押印してください

ので、関係書類を添えて申請します。

法人名称・法人所在地が一致

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 フリガナ カブシキガイシャ オオテマエサンギョウ 株式会社 大手前産業	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウクオオテマエニチョウメ〇バン〇ゴウ (郵便番号 540-〇〇〇〇) 大阪府大阪市中央区大手前二丁目〇番〇号	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
法人の種別・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	法人の種別の変更の有無 変更後の法人の種別: 変更後の法人の所轄庁:	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 代表者の職:代表取締役 代表者の氏名: 大手 一郎 (氏名フリガナ: オオテ イチロウ) 代表者の生年月日: 昭和 21 年 4 月 1 日	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフ△△シ△△チョウ〇チョウメ〇バン〇ゴウ (郵便番号 5××××××××××) 電話番号 06-1111-1112	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>

法人代表者の名前が一致

**「変更有り」の場合は、当該事項について変更届も同時に提出してください。
「変更有り」とは、新規申請時からではなく、直近で未提出の変更届があるかどうかで判断してください。**

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 フリガナ テンマバシフクシヨウグセンター 天満橋福祉用具センター	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウクタニマチニチョウメ×バン××ゴウ (郵便番号 540 - 00××) 大阪府大阪市中央区谷町二丁目×番××号	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
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 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り <input type="checkbox"/> 変更無し <input checked="" type="checkbox"/>

介護保険事業所番号	2 7 7 3 3 3 3 3 3 3 3	(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	平成 24 年 3 月 31 日	
更新(事業開始)年月日※有効期間満了日の翌日を記入	平成 24 年 4 月 1 日	

この申請の内容について、説明できる方を記載してください。

申請担当者氏名	天満 花子
連絡先 電話番号	06-××××-××××
FAX番号	06-△△△△-△△△△

(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。