

受付番号	
------	--

指定居宅サービス事業者
 介護保険施設 指定(許可)更新申請書
 指定介護予防サービス事業者

令和〇〇年〇〇月〇〇日

北海道知事様

住所 札幌市中央区北3条西6丁目
 申請者 株式会社北海ホームヘルプサービス

氏名 代表取締役 北海太郎 ㊟

〔法人にあつては、主たる事務所の所
 在地並びに名称及び代表者の氏名〕

介護保険法第70条の2第1項(第86条の2第1項・第94条の2第1項・第108条第1項・第115条の11において準用する第70条の2第1項)の規定により、事業者(施設)に係る指定(許可)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。

事業所所在地市町村番号	※記載不要
-------------	-------

申請(開設)者	フリガナ	カブシキカイシャ ホッカイホームヘルプサービス								
	名称	株式会社北海ホームヘルプサービス								
	主たる事務所所在地	(郵便番号 123-4567) 札幌市中央区北3条西6丁目 (ビルの名称等) 道庁赤レンガビル6F								
	連絡先	電話番号	011-123-4567			FAX番号	011-123-4568			
	法人の種類別	株式会社			法人所轄庁					
代表者(開設)者の職・氏名	職名	代表取締役	フリガナ氏名	ホッカイ タロウ 北海 太郎						
	代表(開設)者の住所	(郵便番号 123-4567) 札幌市中央区北3条西7丁目 (ビルの名称等) 道庁別館ハイツB401号室								
	フリガナ	ホッカイホームヘルプサービス 北海ホームヘルプサービス								
事業所	所在地	(郵便番号 123-4567) 札幌市中央区北3条西6丁目 (ビルの名称等) 道庁赤レンガビル6F								
	連絡先	電話番号	011-123-4567			FAX番号	011-123-4568			
	フリガナ	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。								
事業等	フリガナ									
	所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
事業等の種類	訪問介護									
現に受けている指定(許可)の有効期間満了日	〇〇年〇〇月〇〇日									
介護保険事業者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
医療機関等コード	1	2	3	4	5	6	7			

備考

- 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
- 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請(開設)者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関等コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関等コード」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。