**指定更新申請意思確認書**

**指定更新申請を　（　行う　・　行わない　）**

いずれかを〇で囲んでください。

※指定更新申請を行わない場合は，当該意思確認書を提出の上，廃止予定日の１か月前までに廃止届の提出を行ってください。

介護保険法に基づく指定更新申請を行いますので，納付書の発行をお願いします。

なお,指定申請を行うに際して，旭川市手数料条例に基づき，旭川市の指定する期日までに指定手数料を納付します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者の職名・氏名 |  |
| 法人所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
|  |
| サービス種別 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| 文書等送付先  （チェックをつける） | □ 法人宛を希望する | □ 事業所宛を希望する |

注１　指定更新申請意思確認書は，更新申請を予定している事業所，サービス種別ごとに１枚作成してください。ただし，１事業所で居宅サービスと同種の介護予防サービスを同時に申請する場合は，１枚にまとめてください。

注２　発行された納付書は，当該指定更新申請意思確認書により指定更新申請意思を確認した事業の手数料を納付するためのものです。他の事業の指定更新申請の支払いには使用できません。

注３　予定していた指定更新申請を取りやめた場合は，速やかに次の担当まで御連絡をお願いします。

【問い合わせ先】

旭川市 保健所 医務薬務課

TEL 0166-25-9815

FAX 0166-26-2912

E-mail imuyakumu@city.asahikawa.lg.jp