様式第５号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定地域密着型（介護予防）サービス事業所　指定更新申請書**

年　　月　　日

中新川広域行政事務組合　管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　所在地

申請者　名　称

代表者氏名

指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所に係る指定更新を受けたいので関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | |  |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 申　請　者 | フ　リ　ガ　ナ  名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　　在　　地 | （郵便番号　　　―　　　　）  　　　　　　　県　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | |  | | | | | FAX 番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | 法人所轄庁 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　）  　　　　県　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受けようとする事業所 | フ　リ　ガ　ナ  名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　―　　　　）  　　　　県　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | |  | | | | FAX 番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | |

備考　１　添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。