様式第５号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定介護予防・生活支援サービス事業所　指定更新申請書

　　年　　月　　日

庄 原 市 長　様

所在地

申請者　　名　称

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | | |  | | | | | | | | |
| 代表者の職名・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 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | |

備考１ 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２ 「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」

等の別を記入してください｡

３ 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　添付書類については、指定申請時の様式を参照してください。