第5号様式(第5条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

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　指定更新申請書

年　　月　　日

　日進市長　宛て

所在地

申請者

名称

　介護保険法に規定する事業所に係る指定の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　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 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　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 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 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定を受けている他市町村名 | 　 |

備考1　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。

　　2　「法人の種別」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」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」又は「有限会社」等の別を記載してください。

　　3　「法人所轄庁」欄には、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　添付書類は、指定申請時の様式を参考にしてください。