様式第５号（第５条関係）

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

恵 那 市 長　様

　　　　（名称）

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者の職・氏名）

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 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　　　－　　　　　　） |
| 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ている事業所を有するとき |
| フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 事業等の種類 |  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

備考　１　事業等の種類に対応する付表を添付してください。

　　　２　別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。