年　　月　　日

指定居宅介護支援事業所または指定居宅介護予防支援事業　指定更新申請書

　さぬき市長　殿

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　　　―　　　　　　)  　　　　　県　　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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　　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　市・郡 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| サービス種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  | | |
| 現に受けている指定の指定年月日 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間の満了日 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

備考　１　「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　　２　別添の関係書類については、指定申請時の様式を参照してください。