様式第５号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定地域密着型サービス事業所等指定更新申請書**

年　　月　　日

会 津 美 里 町 長

所在地

申　請　者

名　称

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業所等に係る指定更新を受けたいので、次のとおり、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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | |
| 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、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登録番号 | | | | | 別添のとおり | | | | | | |

備考

　１　「受付番号」「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　別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。