様式第5号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　年　　月　　日

　昭和町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

指　定　更　新　申　請　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　介護保険法に規定する | 指定居宅介護支援事業所 | に係る指定の更新を受けたいので、 |
| 指定介護予防支援事業所 |
| 次のとおり関係書類を添えて申請します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 |  |
| 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･氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  | 年　　月　　日 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | 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 | 　　　　年　　月　　日 |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 役員の氏名・生年月日・住所 | 別添のとおり |
| 法第79条第2項各号及び第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面 | 　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　「受付番号」及び「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　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください｡

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