

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

海南市長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

印

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 - )		
	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	年 月 日
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 - )		
	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		
介護保険事業所番号				
管理者の氏名・生年月日・住所	フリガナ	生年月日		
	氏名	年 月 日		
	住所	(郵便番号 - )		
事業等の種類				
現に受けている指定の有効期間満了日				
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			
地域密着型介護サービス費等の請求に関する事項	別添のとおり			

備考

- 「受付番号」欄及び「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 別添資料については、指定申請書時の様式を参照してください。