第5号様式（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

年　　月　　日

　　興部町長　様

所在地

申請者　名　称

代表者職・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　　　－　　　　） |
| （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 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ | 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 |
| 介護保険法第78条の2第4項（第115条の12第2項）に該当しないことを誓約する書面 | 別添のとおり |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考１「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

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

　　３ 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。