様式第5号(第5条関係)

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

　　小野町長　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　印

　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　　―　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 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　　―　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | フリガナ | | | | | | 生年月日 | | | | 経歴  　別添のとおり |
| 氏名 | | | | | |
| (郵便番号　　―　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 既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。