

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

四日市市長

住所
 申請者 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

介護保険法の規定に基づき、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所に係る指定更新を受けたいので、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 ー) 県 郡市 (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 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	事業所	フリガナ 名称				
所在地		(郵便番号 ー)				
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 ー)				
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 氏名				生年月日	経歴別添のとおり
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名、生年月日及び住所		別添のとおり				
違反要件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				
介護保険事業所番号						

備考 1 「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。