様式第6号（第4条関係）

年　　月　　日

　身延町長　様

（申請者） 所在地

名　称　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者名

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

　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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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・　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） |
| 　　　　　　事　業　所 | フリガナ名称 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 |  |
| 管理者の氏名、生年月日 | フリガナ | 生年月日年　　月　　日 |  |
| 氏名 |
| 事業等の種類 |  |
| 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 |
| 法第78条の2第4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　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。