様式第4号（第4条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定介護予防支援事業所　　　指定更新申請書

　　年　　月　　日

身延町長　　　殿

申請者

所在地

名　称

　介護保険法に規定する指定介護予防支援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　　　　－　　　　　）  　　　　　　 県　　　　　 郡 | | | | | | | | | | | | |
| （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 | |  | | |  | | 生年月日 | |
| 氏名 | |  | | |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　－　　　　）  　　　　　　 県　　　　 　郡 | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ  名　　称 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | F A X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 | |  | | F A X番 号 | | | | |  | | |
| 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 | | | | |
| 誓　約　書 | | | | | | | | | | 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　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。

　　　3　記載された個人情報については、指定介護予防支援事業所の指定等に係る事務に使用するほか、次に掲げる事項について、都道府県、国民健康保険団体連合会、その他の関係機関に対して提供します。

（1）　代表者氏名、住所及び生年月日

（2）　管理者氏名、住所及び生年月日

（3）　役員氏名、住所及び生年月日

（4）　介護支援専門員の氏名及びその登録番号