第５号様式（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定地域密着型サービス事業所  指定居宅介護支援事業所  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

　　屋久島町長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　㊞

　　介護保険法（平成９年法律第123号）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 | －　　　－ | | | | | | ＦＡＸ | | | | －　　　－ | | | | | | | | |
| Email |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | 職　名 |  | | | フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日  　　　　年　月　日 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 事業等の種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　－　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話 | －　　　－ | | | | ＦＡＸ | | | | | | | | | －　　　－ | | | | | |
| 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　　－　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　－　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」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。