|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※ |  |

指定訪問型サービス事業所

　指定更新申請書

指定通所型サービス事業所

年　　　月　　　日

　田村市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　介護保険法に規定する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※ |  | 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　　　－　　　　　）　　　　　　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 |  |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　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　　　―　　　） |
| 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、住所 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 住　所 |
| 氏名 |
| サービスの種類 |  |
| 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115条の2第2項各号等指定・認可の欠格事由に該当しないことを誓約する書面 | 別添のとおり |
| 事業費算定に係る体制等についての変更の有無 | 変更有　（別添のとおり）変更無 |

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。

本更新申請担当者　職氏名

連絡先　tel. 　　 fax.