様式第5号(第5条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付番号 |  |
| 指 定 地 域 密 着 型 サービス　事業所  指定地域密着型介護予防サービス　事業所  指　定　居　宅　介　護　支　援　事業所  指　 定　 介　 護　 支 　援 　　事業所 | 指定更新申請書 | | |

年　　月　　日

　　　　(あて先)橋本市長

所在地

申請者

名称

代表者氏名

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | | | |  | |
| 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 | |  | | | | | |
| 代表者の職名・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) | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 事務所の名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 事務所の所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | |
| 事務所連絡先 | | 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 | | | | | | 生年月日 | | | | | 経歴別添のとおり |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 介護保険法第78条の2第4項各号の規定、第79条第2項各号の規定、法第115条の12第2項各号の規定又は法第115条の22第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書 | | | | | | | | | | | | 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　管理者の経歴は、介護保険法施行規則において必要と規定された事業等の種類を申請する場合のみ、資料を添付してください。