|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第６号様式（第４条関係） | | 受付番号 |  | |
| 指定居宅介護支援事業所 | 指定更新申請書 | |
| 指定介護予防支援事業所 |

　　年　　月　　日

　大磯町長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地 |
| 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| (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　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| (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  名　　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | (郵便番号　　　－　　　　)  (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| 事業所の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間日 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 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業所を有するとき | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 管理者の氏名  及び生年月日 | | フリガナ  氏名 | | | |  | | | | | | | 生年月日 | | |  | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及び登録番号（該当する事業所のみ） | | | | | | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | |