|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第６号様式（第５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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | |
| 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 | | 事業等の種類 | |  | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ  名　　　称 | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地 | (郵便番号　　　－　　　　)  (ビルの名称等) | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ  氏　　　名 | | フリガナ | | | | | | 生年月日 | | |  | |
| 氏名 | | | | | |
| 住　　　所 | | (郵便番号　　　－　　　　)  (ビルの名称等) | | | | | | | | | | |

別添　１　誓約書

　　　 ２　介護支援専門員一覧