様式第6号(第5条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 指定地域密着型サービス事業者  指定地域密着型介護予防サービス事業者  指定居宅介護支援事業者  指定介護予防支援事業者 | 指定更新申請書 |

年　　月　　日

　多賀城市長　殿

所在地

申請者　名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　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、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 |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | |
| 事務所連絡先 | 電話番号 |  | | | | FAX番号 |  | | | |
| E-mailアドレス |  | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 事業所等所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | |
| 事務所等連絡先 | 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 | | | | | 経歴及び住所  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 | | | | 年　　　月　　日 | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | 別添のとおり | | |
| 法第78条の2第4号各号又は法第115条の12第2項各号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　「申請者」の所在地、名称、代表者名は、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称、代表者の職氏名を記載してください。