様式第５号(第４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

**指定更新申請書**

年　　月　　日

　嵐山町長　　様

　　　所在地

　　　　　　　　　　申請者　　名　称 印

　　　　　　　代表者氏名

介護保険法に規定する事業者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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ  名　　称 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 主たる事務所　　所在地 | （郵便番号　　　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | ＦＡＸ番号 |  | |
| Email |  | | | | | |
| 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　　　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | |
| 事 業 所 | 事業等の種類 |  | | | | | | |
| 指定有効期  間満了日 |  | | | | | | |
| フリガナ  名　　称 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ  氏　　名 |  | | | | 生年月日 |  | |
|  | | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | |
| 現に受けている指定の指定年月日 | | | | |  | | | |
| 上記の指定の有効期間満了日 | | | | |  | | | |
| (添付書類）・誓約書・介護支援専門員の氏名及びその登録番号・その他指定申請時の添付資料 | | | | | | | | |

備考 1添付書類については、指定申請時の様式を参照してください。

2当該申請に係る事業者が既に町長に提出している事項に変更がないときは、申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。