様式第５号（第４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

　南三陸町指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　南三陸町長　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所  氏名 |

　　介護保険法に規定する事業者に係る指定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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 介護保険事業者番号 | | | | | |  |  | | |  |  | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 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  及び氏名 | 職 |  | | | 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　　　―　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | | |  | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | メールアドレス | | | | | | |  | | | | | |
| 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場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | （郵便番号　　　―　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 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 | | |  | | | | | |
| 事業所の種類 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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７９条第２項の規定に該当しないことを誓約する書面 | | | | | | | | 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」欄は、記載しないでください。

　　　　２　添付する資料については、指定申請時の様式を参照してください。