

様式第9号（第5条関係）

受付番号

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型
介護予防サービス事業所指定更新申請書

年 月 日

まんのう町長 様

住所
申請者 氏名 ⑩

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号		<input type="text"/>				
申請者	フリガナ	<input type="text"/>				
	名称	<input type="text"/>				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>	
	法人の種類別	<input type="text"/>		法人所轄庁	<input type="text"/>	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	<input type="text"/>	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/>	
	代表者の住所	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>) (ビルの名称等)				
事業所(施設)	フリガナ	<input type="text"/>				
	名称	<input type="text"/>				
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>)				
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>	
	サービスの種類	<input type="text"/>				
	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	<input type="text"/>				
名称	<input type="text"/>					
所在地	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>)					
連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>		
現に受けている指定(許可)の有効期間満了日		<input type="text"/>				
介護保険事業所番号		<input type="text"/>				
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				
指定を受けている他市町村名		<input type="text"/>				

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 この申請書には、指定更新を受けようとする事業所(施設)の種類ごとに、町長が別に定める書類を添付してください。