様式第１号（第10条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**山武市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書**

　　年　　月　　日

（宛先）山武市長

所在地

申請者

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所所在市町村番号 | | |  |
| 申 請 者 | フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (〒　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | (〒　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| 当該事業所の当該事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | (〒　　　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

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 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。