様式第６号(第５条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 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

(宛先)南アルプス市長

名　称

申請者

代表者の職名・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、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 | (〒　　　―　　　　)  　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | | |
| メールアドレス | |  | | | | | |
| 代表者の職・氏名・  生年月日 | 職名 | |  | フリガナ | | | | 生年月日  　 年　月　日 |
| 氏名 | | | |
| 代表者の住所 | (〒　　　　―　　　　)  　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | |
| 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 | (〒　　　　―　　　　)  　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | |
| 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 | | (〒　　　―　　　　)  　　　　県　　　　郡市 | | | | | | |
| 管理者 | フ リ ガ ナ  氏　　　　名 | | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
|  | | |
| 住所 | | | (〒　　　―　　　　)  　　　　県　　　　郡市 | | | | | | |

　　別添　誓約書