様式第２号(第２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居宅介護支援事業所 | 指定更新申請書 |

年　　月　　日

　上野原市長　宛

所在地

名称

　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、次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　　　―　　　　　)　　　　　 |
| (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 | 　 |
| 代表者の職名・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 | (郵便番号　　　―　　　　　)　　　　　 |
| (ビルの名称等) |
| 事業所 | フリガナ名称 | 　 |
| 　 |
| 事業等の種類 |  |
| 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 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 当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 | 　 |
| 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管　理　者 | フリガナ氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住所 | (郵便番号　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |

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」欄は、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　添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。

　　　５　更新予定日（有効期間満了の日の翌日）の１４日前までに提出してください。