

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

（あて先） 山県市長

所在地

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。

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		
	法人の種類	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号)					
事業所	名称	-----				
	所在地	(郵便番号)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	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					
	名称	-----				
所在地	(郵便番号)					
連絡先	電話番号		FAX番号			
管理者の氏名、生年月日、住所	フリガナ 氏名		生年月日	住所	別添のとおり	
事業所の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名、生年月日、住所					別添のとおり	
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	

備考 1 事業等の種類に対応する付表を添付してください。
 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。