様式第4号(第10条関係)

介護予防・生活支援サービス事業者指定更新申請書

　年　　月　　日

　臼杵市長　　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
|  | 法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名 |  |

　介護保険法に規定する事業者(施設)に係る指定(許可)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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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・氏名 | 職名 | |  | | | | | | 氏名 | | |  | | | | | 生年月日 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名  生年月日 | | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に受けている指定の有効期間満了日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | |