様式第６号(第５条関係)

　　　　　　　　　　　指定地域密着型サービス事業者

　　　　　　　　　　　指定地域密着型介護予防サービス事業者　　指定更新申請書

　　　　　　　　　　　指定介護予防支援事業者

年　　月　　日

　那珂市長　様

所在地

申請者　名称

代表者の職・氏名

　介護保険法に規定する事業者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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主である事務所の所在地 | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | | | 職名 | | | |  | | | | | フリガナ | | | |  | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | | 事業等の種類 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主である事務所の所在地 | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | （〒　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | （当該事業所が既に指定を受けている場合） | | | | | |
| 障害福祉サービス等事業所番号 | | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | （当該事業所が既に指定を受けている場合） | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | （保険医療機関として指定を受けている場合） | | | | | |

備考　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。