様式第５号（第５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更新申請書  年　　月　　日  　　平戸市長　様  所在地  申請者  名　称　　　　　　　　　印  　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　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| （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 | 職名 |  | | | | フリガナ | | |  | | |
|  | | | | 氏名 | | |  | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 指定更新を受けようとする事業所 | 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 | | |  | |
| 事業所の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 有効期間満了日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 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　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | |  | | | | | | | | |

　備考１　「受付番号」欄は、記入しないでください。

　　　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。