

受付番号

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

平成 年 月 日

長岡市長 様

所在地
申請者 名称 印

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、下記のとおり、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 氏名	生年月日 昭和 年 月 日	
代表者の住所		(郵便番号 -) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
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	- -
	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てい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	- -	
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名、生年月日及び住所			別添のとおり			
介護保険法第 78 条の 2 第 4 項各号及び第 115 条の 11 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書			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 「受付番号」欄及び「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 別添資料については、指定申請書時の様式を参照してください。