様式第６号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定更新申請書**

年　　　月　　　日

(宛先)明日香村長

所在地

申請者　名　称

　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　-　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　　－　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | FAX番号 | | | | |  | | |
| 事業等の種類 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 明日香村介護予防・日常生活支援サービス事業所の指定等に関する要綱第４条各号の規定に該当しないことを誓約する書面 | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | |

備考 １ 「受付番号」及び「事業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、指定申請時の様式を参照してください。