|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

指定居宅介護支援事業者

令和　　年　　月　　日

　　　弘前市長　様

所 在 地

事業者　名　　称

代表者名　　　　　　　　印

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又は指定居宅介護支援事業者の指定の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12若しくは第　115　条の21において準用する同法第70条の２第２項又は同法第79条の２第２項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | ※ | |
| 申　　　　 請　　　　 者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | |
| 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  年　月　日 |
| 氏　　名 | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | |
| 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 | | （　） |
| 事業所のサービスの種類 | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の指定年月日 | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了年月日 | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | |  | | | |

備考

１　※欄には記載しないでください。

２　関係書類については、指定申請時の様式を参照してください。

３　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

（担当及び提出先：福祉部介護福祉課）