第4号様式（第4条関係）

介護予防・生活支援サービス事業指定更新申請書

年　　月　　日

国見町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　国見町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱に規定する事業所の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 | | | |  | | |
| 代表者の職名及び氏名・生年月日 | 職名 | |  | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | |  | | | |
| 氏名 | | | | | | |  | | | |
| 生年月日 | | | | | | |  | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  |
| 事業の種類 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の  有効期間満了日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | ○指定居宅介護サービス事業者の指定更新、指定介護予防サービス事業者の指定更新又は指定居宅介護支援事業者の指定更新の申請を行った事業者は、当該指定更新申請に係る関係書類の写し及び当該指定更新の通知の写し  ○指定地域密着型サービス事業者の指定更新、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定更新又は指定介護予防支援事業者の指定更新の申請を行った事業者は、当該指定更新申請に係る関係書類の写し及び当該指定更新の通知の写し | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | |