

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所・指定更新申請書  
 指定地域密着型介護予防サービス事業所

年 月 日

(宛先)北茨城市長

所在地  
 申請者 名称 印

介護保険法に規定する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)の指定の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。

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 ) 県 郡市			
		(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・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 ) 県 郡市			
	(ビルの名称等)				
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 )			
	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				
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	
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	フリガナ 氏名		生年月日	経歴別添のとおり	
現に受けている指定の有効期間満了日					
法第70条の2第4項において準用する法第78条の2第4項各号及び同法第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面				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」「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 添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。