様式第５１号（第４４条、第４６条、第５０条関係）

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

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年　　月　　日

　　日出町長殿

　　　　所在地

申請者　名称

　　　　代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 法人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申　請　者 | フリガナ名　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　）都道　　　　　　　市区府県　　　　　　　町村 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　（内線） | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 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　　　―　　　）都道　　　　　　　市区府県　　　　　　　町村 |
| 事　業　所 | 事業等の種類 |  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定有効期間満了日 |  |
| フリガナ名称 |  |
|  |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　）都道　　　　　　　市区府県　　　　　　　町村 |
| 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 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　）都道　　　　　　　市区　　　　　府県　　　　　　　町村 |
| 管理者 | フリガナ名称 |  |
|  |
| 住所 | （郵便番号　　　―　　　）都道　　　　　　　市区　　　　　府県　　　　　　　町村 |

備考 １「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。

　　 ２ 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。

　　 ３ 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。

　 ４ 「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」の対象が２つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。