

第5号様式(第6条関係)

受付番号

指定居宅サービス事業者
 指定介護予防サービス事業者 指定(許可)更新申請書
 介護保険施設

年 月 日

大分県知事 殿 所在地
 申請者 名称

介護保険法に規定する事業者(施設)に係る指定(許可)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。

事業所所在地市町村番号

申請 (開設) 者	ふりがな 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区				
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名 ・生年月日	職名	ふりがな 氏名		生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区				
事業 所	ふりがな 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					
	ふりがな 名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者の氏名及び 生年月日	ふりがな 氏名				生年月日	
管理者の住所	(郵便番号 —)					
事業等の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
法第70条の2第4項で準用する法第70条第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 指定申請時と同様の付表を作成し、添付してください。