第4号様式(第3条第1項)

|  |  |
| --- | --- |
| 指定地域密着型サービス事業所  指定居宅介護支援事業所  指定地域密着型介護予防サービス事業所 | 指定更新申請書 |

年　　月　　日

　君津市長　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 名称  代表者の職名・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、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 |  | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | FAX番号 | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 事業所 | 事業の種類 |  | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | | |  | | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |