様式第5号（第10条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

北杜市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定更新申請書

年　　月　　日

北杜市長　　　　様

申請者　所在地

事業者名称

代表者氏名

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | | |  | | | |
| 申  請  者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所　　在　　地 | （郵便番号　　　　－　　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・  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　　　　－　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | |
| 当該事業所の当該事業を事業所在地以外の場所で一部実施する場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　―　　 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  |
| 介護保険事業者番号 | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | | |  | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

　　　２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

　　　３　「法人所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。