第7号様式(第5条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

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者

指定更新申請書

年　　月　　日

　　南さつま市長　様

所　在　地

申請者　名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、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 | 　 |
| Ｅｍａｉｌ |  |
| 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 | 事業等の種類 |  |
| 指定有効期間満了日 |  |
| フリガナ名称 | 　 |
| 　 |
| 所　　在　　地 | (郵便番号　　　　―　　　　　　) |
| 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 |
| フリガナ名称 | 　 |
| 　 |
| 主たる住所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　　　) |
| 管理者 | フリガナ氏名 | 　 |
| 　 |
| 住　　　所 | (郵便番号　　　　―　　　　　　) |

備考　「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。