第7号様式(第5条関係)

指定介護予防支援事業所指定更新申請書

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　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所の概要 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| Email |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | FAX番号 |  | | |
| 誓約書 | | | | | | | 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　「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　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入

してください。

　　3　「法人所轄庁」欄は、申請者が認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。

　　4　別添資料について、指定申請時の様式を参照してください。