様式第５号（第５条関係）

介護予防相当サービス事業所指定更新申請書

年　　月　　日

高鍋町長　様

申請者　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　高鍋町介護予防・日常生活支援総合事業に規定する介護予防相当サービス事業所に係る指定を更新したいので、下記のとおり、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 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | 法人所管庁 | | | | | |  | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 事業所等の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 |
| 訪問型サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
| 通所型サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　「関係書類」とは、介護保険法施行規則第140条の63の５第１項各号に規定する内容を確

　　　認できる書類をいう。