様式第５号（第５条関係）

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所
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年　　月　　日

朝 霞 市 長　宛

所在地
申請者
名　称

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。

<table>
<tr><td rowspan="8">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX 番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>代表者の職名・氏名・生年月日</td><td>職名</td><td></td><td>フリガナ
氏名</td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">事業所</td><td>事業等の種類</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>指定有効期間満了日</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">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</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
</table>