

第4号様式（第4条関係）

指定地域密着型サービス事業者・
指定地域密着型介護予防サービス事業者 指定更新申請書

平成 年 月 日

大雪地区広域連合長 様

所在地
申請者 法人名称 印
代表者職・氏名

介護保険法に規定する事業者の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 氏名	生年月日 年 月 日	
	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		
	事業の種類					
	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日		
	管理者の住所	(郵便番号 -)				
	介護保険事業所番号					
現に受けている指定の有効期間満了日	年 月 日					

(裏)

備考1 「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、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 「事業の種類」欄は、今回申請する事業の種類を記載してください。

5 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、今回申請する事業の有効期間の満了日を記載してください。

6 次の書類を添付してください。

- ・ 法第78条の2第4項、法第115条の11第2項に該当しないことを誓約する書面
- ・ 役員の氏名、生年月日及び住所、経歴のわかる書面
- ・ 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表
- ・ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号を記載した書面
- ・ 地域密着型介護サービス費等の請求に関する事項を記載した書面
- ・ 運営推進会議の構成員を記載した書面