|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ※受付番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新申請書  年　　　月　　　日  扶桑町長　様  所在地  申請者　名称  代表者氏名  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。  基準型訪問介護サービス  なお、扶桑町　 緩和型訪問介護サービス の人員、設備及び運営に関する基準を定める要領を満たして  基準型通所介護サービス  緩和型通所介護サービス  短期集中通所等サービス  いること及び扶桑町暴力団排除条例（平成24年扶桑町条例第３号）第２条第１号に規定する暴力団を利することとならないよう事業運営することを誓います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | ※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 | | | | | |  | | | | | | |
| 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　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 住所（郵便番号　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | |  | | | | | 介護保険事業所番号 | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 現に受けている指定(開設許可)の有効期間満了日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第５（第４条関係）