

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

2023 年 7 月 27 日

加古川市長 様 所在地 兵庫県加古川市〇〇町〇〇111-1

・申請者＝法人情報
 ・代表者の職名も記入
 ・代表者印は不要です

申請者 名称 株式会社 〇〇
 代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇〇〇

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、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	カブシキガイシャ 〇〇		
	名称	株式会社 〇〇		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 675 - 0000) 兵庫県加古川市〇〇町〇〇111-1		
	連絡先	電話番号 012-345-678 Email 〇〇〇@〇〇〇.co.jp	FAX番号 012-345-679	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ 〇〇 〇〇 氏名 〇〇 〇〇	生年月日 〇〇年 〇月 〇日
	代表者の住所	(郵便番号 675 - 0000) 兵庫県加古川市〇〇町〇〇333-3		
事業所	事業等の種類	小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護	介護保険事業所番号	2 8 0 0 0 0 0 0 0 0
	指定有効期間満了日	2023年8月31日		
	フリガナ	カコガワ〇〇ショウキボタキノウガタキョウタクカイゴシエンジギョウシヨ		
	名称	加古川〇〇小規模多機能型居宅介護事業所		
	所在地	(郵便番号 675 - 0000) 加古川市〇〇町〇〇333-3		
	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			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)		
管理者	フリガナ	〇〇 〇〇	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	氏名	〇〇 〇〇		
	住所	(郵便番号 675 - 0000) 加古川市〇〇町〇〇555-5		

フリーメールアドレス以外でご記入ください。
 ※フリーメールアドレスの申請者については、市からの通知及び照会等はFAXにて行います。

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別添 1 誓約書
 2 介護支援専門員一覧