別紙様式第二号（七）

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

記 載 例

指定更新申請書

2024 年 4 月 1 日

加古川市長殿

申請者
所在地　兵庫県加古川市〇〇町〇〇111-1
名称　株式会社　〇〇
代表者職名・氏名　代表取締役　〇〇　〇〇

・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

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。

		法人番号				
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 都道府県　加古川 市区町村　〇〇町〇〇111-1				
	連絡先	電話番号	012-345-678　（内線）　0000	FAX番号	012-345-679	
		Email	〇〇〇@〇〇〇.co.jp			
	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 都道府県　加古川 市区町村　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	2024年3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タクカイゴシエンジギョウショ				
	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　） 兵庫県 都道府県　加古川 市区町村　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　　－　　） 都道府県　市区町村				
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　） 兵庫 都道府県　加古川 市区町村　〇〇町〇〇555-5				

備考　1　「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
2　様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
3　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。
4　「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。