第３号様式

年　　月　　日

指定居宅サービス事業者等指定（許可）更新申請書

船橋市長　あて

　　介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は介護保険施設の指定（許可）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL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 | フリガナ |  | | | | | | 職名 | |  |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | |  |
| 代表者の住所 | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | |
| 事業所（施設） | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL番号 | | |  | | FAX番号 | | |  | |
| 事業等の種類 | | | | |  | | | | | | |
| 現に受けている指定（許可）の有効期間満了日 | | | | |  | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  | | | | | | |
| 同一所在地において行う他の事業等の種類 | | | | |  | | | | | | |
| 指定（許可）を受けている他市町村名 | | | | |  | | | | | | |
| 同一所在地で、他の法律において既に指定（許可）を受けている事業等 | | | | |  | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | |  | | | | | | |

　備考　指定（許可）の更新を受けようとする事業等の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。