様式第５号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  | 担当 |  |

岡崎市介護予防・日常生活支援総合事業 第１号事業者指定更新申請書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）岡崎市長

所在地

申請者　法人名

代表者職氏名

　介護保険法に規定する事業者に係る指定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。

予防専門型訪問サービス

生活支援型訪問サービス

予防専門型通所サービス

　なお、岡崎市　　　　　　　　　　　　　　の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱を満たしている

こと及び岡崎市暴力団排除条例（平成23年岡崎市条例第31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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | ふりがな | | | | | | | | 生年月日  年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | |
| 管理者の  氏名、生年月日 | ふりがな | | | | | | | | | 生年月日  　　　　　　　　年 　　月 　　日 | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 管理者の住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | | | | | 既に指定を受けている事業の有効期間満了日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |