様式第5号(第4条，第10条，第15条，第20条関係)

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

年　　月　　日

　阿見町長　　　　　　　　　　殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・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，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 |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)　　　　　県　　　　郡市 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 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　　　―　　　　)　　　　　県　　　　郡市 |
| 事業所 | 事業等の種類 |  |
| 指定有効期間満了日 |  |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)　　　　　県　　　　郡市 |
| 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　　　―　　　　)　　　　　県　　　　郡市 |
| 管理者 | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | (郵便番号　　　―　　　　)　　　　　県　　　　郡市 |

別添　1　誓約書

　　　2　介護支援専門員一覧

備考　この様式により難いときは，この様式に準じた別の様式を使用することができます。

付表10　指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | (郵便番号　　　－　　　)　　　　　県　　　郡市 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | (郵便番号　　　　－　　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 | 　　□有　　　　□無 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 |
| 従業者の職種・員数 | 介護支援専門員 |  |
| 専従 | 兼務 |
|  | 常勤(人) |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |
| 事業更新時の利用者の推定数 | 人 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考1　記入欄が不足する場合は，適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

2　管理者の兼務については，添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。