

受付番号	
------	--

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所 指定(許可)更新申請書
 介護保険施設

平成 年 月 日

鳥取県 部総合事務所長 様

所在地 鳥取県鳥取市 町 番地
 申請者
 名称 株式会社
 代表取締役 印

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

		事業所所在地市町村番号		
申請者	フリガナ 名称	カシガイヤ マル 株式会社		
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 680-00XX) 鳥取 県 鳥取 郡市 町 番地		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号 0857- -	FAX番号	0857- -xxxx
	法人の種類	株式会社	法人所轄庁	
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ カカ カカ 氏名	生年月日 昭和 年 月 日
代表者の住所	(郵便番号 680-00XX) 鳥取 県 鳥取 郡市 1丁目 番地			
	(ビルの名称等)			
事業所	フリガナ 名称	サカヘルパーステーション ヘルパーステーション		
	所在地	(郵便番号 682-00XX) 鳥取県倉吉市 町 番地		
	連絡先	電話番号 0858- -	FAX番号	0858- -xxxx
管理者の氏名、生年月日、 住所及び経歴	フリガナ カカ カカ 氏名	生年月日 昭和 年 月 日	経歴 別添のとおり	
事業等の種類	訪問介護			
現に受けている指定の有効期間満了日	平成 xx 年 xx 月 xx 日			
役員 <small>の氏名、生年月日及び住所</small>				別添のとおり
法第七十条の二第四項で準用する法第七十条第二項各号()に該当しないことを誓約する書面				別添のとおり
介護支援専門員の氏名及びその登録番号				

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

3 サービスの種別により根拠条文が異なります。

指定居宅サービス事業所	法第七十条の二第四項で準用する法第七十条第二項各号
指定介護予防サービス事業所	法百十五条の十により準用される法百十五条の二第二項各号
指定居宅介護支援事業所	法第七十九条の二第四項で準用する法第七十九条第二項各号
指定介護老人福祉施設	法第八十六条の二第四項で準用する法第八十六条第二項各号
介護老人保健施設	法第九十四条の二第四項で準用する法第九十四条第三項各号
介護療養型医療施設	法百七条の二第四項で準用する法百七条第三項各号