**様式第10号（第８条関係）**

|  |  |
| --- | --- |
| **地域密着型サービス事業者****地域密着型介護予防サービス事業者** | **指定更新申請書** |

**年　　月　　日**

**島田市長**

**名称**

**申請者**

**代表者氏名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **介護保険法に規定する** | **地域密着型サービス事業者****地域密着型介護予防サービス事業者** | **に係る指定の更新を受けたい** |

**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** | **（郵便番号　　　－　　　　）****都道　　　　　市区****府県　　　　　町村** |
| **連 絡 先** | **電話番号** | **（内線）** | **ＦＡＸ番号** |  |
| **Ｅ－ｍａｉｌ** |  |
| **代表者の職名・****氏名・生年月日** | **職名** |  | **フリガナ** |  | **生年月日** | **年　月　日** |
| **氏　名** |  |
| **代表者の住所** | **（郵便番号　　　－　　　　）****都道　　　　　市区****府県　　　　　町村** |
| **事　業　所** | **事業の種類** |  | **介護保険事業所番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定有効期間****満了日** | **年　　月　　日** |
| **フリガナ** |  |
| **名称** |  |
| **所在地** | **（郵便番号　　　－　　　　）****都道　　　　　市区****府県　　　　　町村** |
| **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業所を有するとき** |
| **フリガナ** |  |
| **名称** |  |
| **所在地** | **（郵便番号　　　－　　　　）****都道　　　　　市区****府県　　　　　町村** |
| **管理者** | **フリガナ** |  | **生年月日** | **年　　月　　日** |
| **氏名** |  |
| **住所** | **（郵便番号　　　－　　　　）****都道　　　　　市区****府県　　　　　町村** |