受付番号	

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

（宛先）五島市長

所在地
申請者　名　称
代表者氏名

介護保険法第４６条第１項の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。

<table>
<tr><td rowspan="8">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td></td></tr>
<tr><td>法人の種別</td><td colspan="2"></td><td>法人所轄庁</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">代表者の職名、氏名及び生年月日</td><td rowspan="2">職名</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2">フリガナ</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名　　年　月　日生</td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">指定の更新を受けようとする事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>指定の有効期間満了日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険事業所番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関コード等</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

備考
１　「受付番号」欄は、記入しないでください。
２　次に掲げる書類を添付してください。
(1)　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
(2)　事業所の平面図
(3)　次の事項を記載した書類
ア　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
イ　当該申請に係る事業の更新時の利用者の推定数
ウ　運営規程
エ　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
オ　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態
カ　当該申請に係る事業に係る資産の状況
キ　関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容
ク　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項
ケ　役員の氏名、生年月日及び住所
コ　介護保険法第７９条第２項各号の欠格事由に該当しないことを誓約する書面
サ　介護支援専門員の氏名及びその登録番号
シ　その他指定に関し市長が必要と認める事項