様式第６号（第１８条関係）

通所介護相当サービス指定更新申請書

年　　月　　日

　石巻市長　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

申請者

（代表者の職名・氏名）

　介護保険法第１１５条の４５の６に規定する指定事業者の指定の更新を受けたいので、石巻市通所介護相当サービスの人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱第１８条第１項の規定により、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　　　―　　　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | 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 | |  |
| 氏　名 |  | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | |
| 事業所 | 指定有効期間満了日 |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | |  | |
| 名称 |  | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | |

　別添　１　誓約書

　　　　２　介護支援専門員一覧

　　　　３　その他市長が必要とする書類