

様式第2 (第3条関係)

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

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 (名 称)
 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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				ファックス番号		
		電子メール						
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				介護保険事業所番号			
	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							
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(参考様式6)
- 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)