|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 | ※ |

指定介護予防支援事業者指定更新申請書

令和　　年　　月　　日

　　　弘前市長　様

所 在 地

申請者　名　　称

代表者名　　　　　　　　印

指定介護予防支援事業者の指定の更新を受けたいので、介護保険法第　115　条の31において準用する同法第70条の２第２項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | ※ | |
| 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 | | （　） |
| 法人の種別 |  | | | 法人所轄庁 | | |  | | |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | | | |
| 事　　　　 業　　　　 所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | （　） | | | | ＦＡＸ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 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | （　） | | | | ＦＡＸ番号 | | （　） |
| 現に受けている指定の有効期間満了年月日 | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 誓約書 | | | | | | 別添のとおり | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | 別添のとおり | | | | |

備考

１　※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　上記に掲げる指定の更新に係る記載事項について、介護保険法施行規則に規定する省略可能な事項を省略していますので、同令に規定するその他の必要な事項については、別紙として添付してください。

４　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

（担当及び提出先：福祉部介護福祉課）