様式第４号（第４条関係）

**指定居宅サービス事業者等指定・介護老人保健施設等開設許可更新申請書**

年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人以外にあっては、住所及び氏名）

　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、介護保険法第７０条の２第１項(同法第７９条の２第１項、第８６条の２第１項、第９４条の２第１項、第１０８条第１項、第１１５条の１１において準用する同法第７０条の２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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町番号 | １８２０１ | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1　申請者 |
| フリガナ | 　 |
| 名　　称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代　表　者 | 職名 |  | フリガナ | 生年月日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 2　事業所・施設 |
| フリガナ | 　 |
| 名　　称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 事業等の種類 |  |
| 現に受けている指定(許可)の有効期間満了日 |  |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 |  |
| 法第７０条の２第４項で準用する法第７０条第２項各号に該当しないことを誓約する書面 | 別添のとおり |

備考　１　別添資料については、指定(許可)申請の様式を参照してください。