様式第６号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定介護予防支援事業者指定更新申請書**

　　年　　月　　日

福井市長　あて

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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 | | | | |  | |
| 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 |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事  業  所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 福井市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」欄には記載しないでください。

２　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。

　３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４　地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に当該市町村長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができます。