様式第４号（第７条第２項関係）

**千葉市介護予防・日常生活支援総合事業（第１号事業）事業所指定更新申請書**

年　　月　　日

（あて先）千　葉　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

介護保険法に規定する第１号事業（訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス・生活援助型訪問サービス・ミニデイ型通所サービス）に係る指定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　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 電子メールアドレス | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職･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 | 事業等の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の有効期間満了日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | |  | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | |  |  | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | |

備考　　別添資料（誓約書等）については、指定申請時の様式を参照してください。