

指定地域密着型サービス事業所  
 指定地域密着型介護予防サービス事業所  
 指定居宅介護支援事業所  
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

令和〇年〇月〇日

新潟市長殿

所在地 新潟県新潟市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビルA棟101号室

申請者 名称 株式会社〇〇福祉サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 新潟 太郎

介護保険法に規定する事業所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。

		法人番号 000000000000000000		
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇フクシサービス		
	名称	株式会社〇〇福祉サービス		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都道 新潟 市区 府県 〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビルA棟101号室		
	連絡先	電話番号 012-345-6789 (内線) 111	FAX番号 987-654-3210	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ 二イガタ タロウ 氏名 新潟 太郎	生年月日 昭和〇年〇月〇日
代表者の住所	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都道 新潟 市区 府県 〇〇区〇〇町通〇番町〇〇番地〇 〇〇マンションB棟102号室			
事業所	事業等の種類	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護保険事業所番号	150000000000
	指定有効期間満了日	令和XX年〇月〇日		
	フリガナ	テイキジュンカイジギョウショ〇〇ニイガタチュウオウ		
	名称	定期巡回事業所〇〇新潟中央		
所在地	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都道 新潟 市区 府県 〇〇区〇〇山〇丁目〇番〇号 〇〇ビルC棟103号室			
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	ニイガタ ハナコ		
	氏名	新潟 花子	生年月日	平成〇年〇月〇日
住所	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都道 新潟 市区 府県 〇〇区〇〇町〇〇番地〇 コーポ〇〇104号室			

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。  
 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。  
 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
 4 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。