

別紙様式第一号(二)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)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(施設)に係る指定(許可)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	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0														
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 〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 府 県 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									
		Email	◇◇abc〇〇@△△.ne.jp														
事業所	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役				フリガナ	ニイガタ タロウ				生年月日	昭和〇年〇月〇日				
							氏 名	新潟 太郎									
	代表者(開設者)の住所	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都 道 新潟 市 区 〇〇区〇〇町通〇番町〇〇〇番地〇 府 県 〇〇マンションB棟102号室															
	事業等の種類	訪問介護				介護保険事業所番号	1 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0										
	指定有効期間満了日	令和XX年〇月〇日															
事業所	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウショ〇〇ニイガタチュウオウ															
	名称	訪問介護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 〇〇区〇〇山〇丁目〇番〇号 府 県 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																
	フリガナ																
管理者	名称																
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村															
	フリガナ	ニイガタ ハナコ				生年月日	平成〇年〇月〇日										
	氏名	新潟 花子															
	住所	(郵便番号 000 - 0000) 新潟 都 道 新潟 市 区 〇〇区〇〇町〇〇〇番地〇 府 県 〇〇コーポ〇〇104号室															

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 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。
 - 「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。