

(他市町村事業所用)

指定地域密着型サービス事業者・指定地域密着型介護予防サービス事業者 更新申請書

令和 年 月 日

大阪市長 殿

所在地  
申請者  
名 称

印

介護保険法第78条の11の規定により、指定地域密着型サービス（併せて介護予防地域密着型サービスの指定を受けている場合は、介護保険法第115条の21の規定により、指定介護予防地域密着型サービス）に係る指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。申請書の記載内容については、事業所が所在する市町村に届けている内容に相違ありません。

申 請 者	フリガナ	名称変更				
	名 称	有・無				
	主たる事務所の所在地	所在地 連絡先 の変更	(郵便番号 - )			
	連絡先	有・無	電話番号		FAX 番号	
	法人の種別	変更 有・ 無			法人所轄庁	
	代表者の氏名等	代表者変更 (住所変更 等を含む)	職名		フリガナ 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 - )					
事 業 所	フリガナ	名称変更				
	名 称	有・無				
	所在地	所在地 連絡先 の変更	(郵便番号 - )			
	連絡先	有・無	電話番号		FAX 番号	
	管理者氏名等	管理者変更 (住所変更 等を含む)	フリガナ			生年月日
	管理者の住所		(郵便番号 - )			
事業種別						介護予防 有 ・ 無
介護保険事業所番号						
現に受けている指定の有効期限			令和 年 月 日			
更新年月日（有効期間満了日の翌日）			令和 年 月 日			
法第78条の2第4項・第115条12第2項の誓約書		別添のとおり				
役員の氏名、生年月日、住所		別添のとおり				

- 1 各項目に変更がある場合は「有」に○を付け、所在市町村に届け出ているとおりの内容で記載するとともに、変更届を行うこと。
- 2 介護予防の指定を併せて受けている場合で、更新を行う場合は「介護予防」欄の「有」に○をすること。