第５号様式（第４条関係）

　　年　　月　　日

　　　多摩市長　殿

所在地

申請者　名称

代表者の職・氏名

多摩市指定介護予防支援事業所指定更新申請書

　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、多摩市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則第４条第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 |  | |
| Email | |  | | | | |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | |
| 指定更新を受けようとする事業所 | 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 |  | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　―　　） | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |

備考　別添資料については、指定更新申請時の様式を参照してください。