

提出担当者	氏名	
	連絡先	
※受付番号		

指 定 更 新 申 請 書

(宛先)名古屋市長

平成 年 月 日

申請者

住所

( 法人の場合は、主たる事務所の所在地 )

氏名

印

( 法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名 )

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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

なお、名古屋市  
 予防専門型訪問サービス  
 生活支援型訪問サービス  
 予防専門型通所サービス  
 ミニデイ型通所サービス  
 運動型通所サービス  
 自立支援型配食サービス

の人員、設備及び運営に関する基準を定める要領を満たしていること及び名古屋市

暴力団排除条例（平成24年名古屋市条例第19号）第2条第1号に規定する暴力団を利することとならないよう事業運営することを誓います。

※事業所所在地市町村番号

申請者	ふりがな														
	氏名又は名称														
	住所又は主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)													
	連絡先電話番号					FAX番号									
	法人の種類別				法人所轄庁										
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	ふりがな			生年月日		氏名							
	代表者の住所	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)													
事業所	ふりがな														
	名称														
	所在地	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)													
管理者の氏名、生年月日及び住所	ふりがな					生年月日									
	氏名														
		(郵便番号 - ) (ビルの名称等)													
事業等の種類					介護保険事業所番号										
現に受けている指定の有効期間満了日		平成 年 月 日													