第３号様式（第５条関係）

平生町介護予防・日常生活支援総合事業

指定第１号事業者指定更新申請書

　　　年　　月　　日

（宛先）平　生　町　長　　様

所在地

申請者

名　称

 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | ３５３４４ |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 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 |  |
| E-Mail |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ | 生年月日　明・大・昭・平　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　　　 |
|
| （ビルの名称等） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地・連絡先 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　 |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号 |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | 訪問介護相当サービス |  |  |  | 付表１ |
| 通所介護相当サービス |  |  |  | 付表２ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考　別添資料については、指定申請時の様式を参照のこと。