

東串良町介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請書

平成 年 月 日

東串良町長 様

所在地
申請者 名称
代表者の職・氏名

㊟

介護保険法に規定する事業者に係る指定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。

事業所所在地市町村番号 | : | : | : | : | : | : | : | : | : |

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					
	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	
							氏名					
代表者の住所	(郵便番号 -)											
----- (ビルの名称等)												
更新を受けようとする事業所及び種類	フリガナ											
	名称											
	事業所の所在地	(郵便番号 -)										
		----- (ビルの名称等)										
	事業所連絡先	電話番号					FAX番号					
	介護保険事業者番号	: : : : : : : : :										
	介護予防・日常生活支援総合事業	同一所在地において行う事業の種類				実施事業	指定更新を受けようとする事業の現に受けている指定の有効期間満了日				様式	
		訪問型サービス									付表1	
		通所型サービス									付表2	
介護保険事業者番号		: : : : : : : : :										
指定を受けている他市町村名												