

三 豊 市 長 様

申請者 所在地
 （個人にあつては、住所）
 名 称
 代表者職・氏名 ㊟
 （個人にあつては、氏名）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する事業所(施設)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。

										介護保険事業者番号											
申請者	フリガナ 名称																				
	主たる事務所の所在地		(〒 —) 都道府県 市区																		
	連絡先		電話番号						FAX番号												
	法人の種別		法人の所轄庁																		
	代表者の職・名前・生年月日		職名		フリガナ 名 前				生年月日 年 月 日												
	代表者の住所		(〒 —) 都道府県 市区																		
更新を受けようとする事業所・施設	フリガナ 事業所・施設 の名称																				
	事業所・施設の所在地		(〒 —) 香川県 三豊市																		
	連絡先		電話番号						FAX番号												
	事業所・施設の種 類				実施事業				既に受けている指定の有効期間満了日				様 式								
	介護予防・生活支援サービス	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス ・ 生活支援訪問事業（訪問型サービスA）																		
		通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス ・ 生活支援通所事業（通所型サービスA）																		
申請書担当者								連絡先													

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○印を記入すること。
- 4 「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定の有効期間満了日を記入すること。

