様式第2号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 指定地域密着型サービス事業者  指定地域密着型介護予防サービス事業者 | 指定更新申請書 |

年　　月　　日

　　三豊市長　様

申請者　主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり | 指定地域密着型サービス事業者  指定地域密着型介護予防サービス事業者 | の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。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ファクシミリ番号 |  |
| 法人の種別及び所轄庁 | 種別(　　　　　　　　)・所轄庁(　　　　　　　　) | | | | |
| 代表者の役職・氏名 | 役職 |  | | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 | 〒 | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ファクシミリ番号 |  |
| サービスの種類 |  | | | | |
| 現に受けている指定の指定年月日 | | | |  | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  | | |