別記様式第２号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**海田町介護予防・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**

平成　　年　　月　　日

海　田　町　長　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する事業所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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | | |  | |
| 申 請 者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・氏名・  生年月日 | 職名 | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | 生年月日  年　　月　　日 | | |
| 名　　前 | | |  | | | |
| 代表者の住所 | (〒　　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の所在地 | (〒　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| 事　業　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・日常生活支援  総合事業第１号事業サービス | | 訪問型サービス  （現行相当） | | | |  | |  | | | | | | | |  |
| 通所型サービス  （現行相当） | | | |  | |  | | | | | | | |  |

備考１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２　別添資料については，指定時の様式を参照ください。