様式第２号（第4条関係）

山都町介護予防・日常生活支援

総合事業指定事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　　山都町長　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

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、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 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | | |  | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新申請に係る事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けて  いる指定 | 指定有効期間の満了日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |  | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | |
| 住　所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してく

ださい。