様式第1号の２（第２条関係）

行方市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書

年　　　月　　　日

　　　（宛先）行方市長　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、次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 | （　　　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | TEL番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の氏名・職名・生年月日 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 代表者の住所 | （　　　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 事 業 所 | フリガナ名称 |  |
|  |
| 事業所等の所在地 | （　　　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | TEL番号 |  | FAX番号 |  |
| 事業の種類 | 介護予防訪問介護相当サービス又は介護予防通所介護相当サービス |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

備考　指定の更新を受けようとする事業の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。