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。