

指定介護予防(訪問・通所)介護相当  
サービス事業者

指定更新申請書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者職・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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業者番号																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者	フリガナ																		
	名 称																		
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 — )																
	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・氏名・生年月日		職 名		フリガナ				氏 名				生年月日						
	代表者の住所		(郵便番号 — )																
更新を受けようとする事業所・施設	フリガナ																		
	事業所・施設の名 称																		
	事業所等 地の所在地		(郵便番号 — )																
	連絡先		電話番号						FAX番号										
			事業所・施設の種 類						実施事業			既に受けている指定の有効期間満了日						様 式	
訪問型サービス		介護予防訪問介護相当サービス															付表1		
通所型サービス		介護予防通所介護相当サービス															付表2		
申請書担当者								連絡先											

備考

- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は、更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定の有効期間満了日を記入すること。