

**指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書**

年 月 日

香美町長 様

所在地

申請者 名 称 印

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、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	名称	フリガナ -----		
	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		法人所轄庁	
	代表者の職名・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 -)		
指定の更新を受けようとする事業所	名称	フリガナ -----		
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	事業の種類			
	事業所番号			
	現在の指定有効期限			
	指定更新を受ける他の市町村			
介護保険事業所番号				

備考 1 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。