

香美町介護予防・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

香美町長 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、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	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類			法人所轄庁		
	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 -) 県 郡市					
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	サービスの種類					
	現在の指定有効期限	年 月 日				
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 「法人の種類」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。