様式第３号（第６条関係）

境町指定第１号事業者指定更新申請書

　年　　　月　　日

境　　町　　長　　殿

所 在 地

申請者　　名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業事業者に係る指定の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所　の　種　類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | |  | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  事業所番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |
| 指定の有効期間  満了日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜今回申請する事業の指定有効期間について＞  同一法人が同一所在地において一体的に運営する事業の有効期間に合わせることを（□希望する　□希望しない） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。