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 指定居宅介護支援事業所 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名 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。

							法人番	号			1							
	フリガナ	,																-
	名称																	
		(郵便番号	ļ		-	)												
	主たる事務所の		都					Ħ	-									
申	所在地		府	県				Ħ	丁村									
請者																		
	連絡先	電話番号				(内約	線)	F	AX番号									
	代表者の職名・氏名・生 年月日	Email											1.1.4		_			
		職名					ガナ						- 生 <sup>全</sup>	F月 F	1			
	T71 H		ı			氏、	<u>名</u>											
		(郵便番号	都	法	_	)		Ħ	5 区									
	代表者の住所		府						丁村									
			ניות	गर					ניר נ									
											Ī	I	1			Ī	Ī	1
	事業等の種類						介護保険事	業所番	号									
	上 指定有効期間満了日										_=		-	-				-
車	フリガナ																	
	名称																	
		(郵便番号	<u> </u>		_	)												
			都	道				ī ī	区									
	所在地		府	県				H	丁村									
業																		
所	<u> </u>	当該事業所の	所在地場	以外の	場所に当	該事業	美所の一部と	して使ん	用される	事務序	折を	有す	るとき	÷				
	フリガナ																	
	名称																	
		(郵便番号	ļ		_	)												
	主たる事務所の		都	道				ī	区区									
	所在地		府	県				Ħ	丁村									
管理者	フリガナ																	
	氏名								生年月	日								
		(郵便番号	<del> </del>		_	)		•			-							
	 住所		都						区									
	コエア		府	県				H	丁村									

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
  - 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
  - 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
  - 4 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。