様式第２号（第３関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書

　　年　　月　　日

久慈広域連合長　様

申請者　所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法に規定する事業者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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | |
| 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 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | 介護保険  事業所番号 | | | フリガナ | | | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日 | | | 有効期間  満了日 |
| 名称 | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | |

備考　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。