

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 指定更新申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法第115条の45の6第1項に規定する指定の更新を受けたいので、匝瑳市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定等に関する規則第8条第2項の規定により、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		E-mail				
		総合事業の事務連絡について、上記E-mailに送信を希望する それ以外のE-mail()に送信を希望する				(どちらかに○)
	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 -)					
事業所	事業等の種類			介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	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					
フリガナ						
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
管理者	フリガナ			生年月日		
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 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。
 - 「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。