|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※ |

様式第４号（第５条関係）

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

　　　大津町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者職・氏名）

　　　　　　　介護保険法に規定する指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 | | | | ※ |
| 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 | |  | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | 法人所轄庁 | |  | | | | | |
| 代表者の職･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 | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| e-mailアドレス | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている介護保険事業所番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | フリガナ | | | | | | 生年月日 | | | | | | 経歴別添のとおり |
| 氏名 | | | | | |

備考　　※の欄には記載しないでください。