

川辺町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新申請書

年 月 日

川辺町長 様

所在地

名称

代表者職氏名

印

(個人の場合は住所及び氏名)

介護保険法第115条の45の6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。

申請者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー )  (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
		メールアドレス				
	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 氏名		生年月日
代表者の住所	(郵便番号 ー )  (ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業所・施設の種別	主たる事業所・施設名称					
	主たる事業所・施設の 所在地	(郵便番号 ー )  (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
		メールアドレス				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定の更新を申請するもの	現に受けている指定の 有効期間満了日	様式	
	事業 種類	訪問介護相当サービス（現行相当）				付表1
訪問介護相当サービスA(緩和した基準によるサービス)					付表1	
通所介護相当サービス（現行相当）					付表2	
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合※複数ある場合は適宜様式を補正して記入)					
指定を受けている他市町村名						

- 備考1 「指定の更新を申請するもの」欄には、指定の更新を受けようとするものに○印を付してください。  
 2 事業等の種類に対応する付表を添付してください。  
 3 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。