

受付番号	
------	--

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 指定更新申請書

年 月 日

東郷町長 殿

所在地
申請者
名 称
代表者氏名 印

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。

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 -)				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	代表者の職名・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 -)				
事業所	サービスの種類					
	指定有効期間満了日					
	フリガナ					
	名 称					
	所 在 地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX 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 「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄は、記入しないでください。

- 添付 1 法第78条の2第4項各号又は第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面
2 介護支援専門員の氏名及びその登録番号（必要なサービスのみ）
3 その他指定申請をしたときに提出した書類のうち変更があった事項を記載した書類