

受付番号

箕輪町介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

箕輪町長

所在地
申請者
名称



介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申請者	ふりがな				
	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	ふりがな 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 —)				
指定更新を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地		(郵便番号 —)		
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日	
	第1号サービス	訪問型サービスA			
		通所型サービスA1			
介護予防ケアマネジメント					
誓約書		別添のとおり			
役員の氏名、生年月日及び住所					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。
 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。