

受付番号

指定地域密着型サービス事業所

指定更新申請書

指定地域密着型介護予防サービス事業所

年 月 日

久慈広域連合長 様

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 ー ) 県 郡市			
	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	フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所		(郵便番号 ー ) 県 郡市			
更新を受けようとする事業所等	事業所等の所在地		(郵便番号 ー ) 県 郡市			
	事業所等の種類	介護保険 事業者番号	フリガナ 名称	既に指定を受けている事業 の指定年月日	有効期間 満了日	

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

2 更新申請を行おうとする事業所等の種類に応じて、申請時に添付する別紙を添付してください。この場合において、別紙中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。