

※ 受付番号

指定地域密着型サービス事業者  
指定地域密着型介護予防サービス事業者  
指定介護予防支援事業者

指定更新申請書

(宛先) 津幡町長

年 月 日

所在地

申請者 名 称

代表者職氏名

印

地域密着型サービス事業者  
地域密着型介護予防サービス事業者  
介護予防支援事業者

に係る指定更新を受けたいので、介護保険法  
第70条の2の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

第78条の12  
第115条の21  
第115条の31

		※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 - )				
	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 - )				
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	
管理者の氏名・生年月日・住所及び経歴		フリガナ 氏名		生年月日	他別添のとおり	
事業等の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名・生年月日及び住所					別添のとおり	
誓約書					別添のとおり	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号					別添のとおり	
地域密着型サービス費等の請求に関する事項					別添のとおり	

注1 ※の欄は、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入してください。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。