

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

大田原市長 様

所在地  
申請者  
名 称

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種類			法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日
			氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)			
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	
	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				
	所在地	(郵便番号 - )			
連絡先	電話番号		FAX番号		
現に受けている有効期間満了日					
役員の名、生年月日及び住所			別紙のとおり		
誓約書			別紙のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			別紙のとおり		

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。
- 2 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。
- 3 上記に掲げる指定の更新に係る記載事項について、施行規則に規定する省略した様式となっていることから、各市町村において必要に応じて、施行規則に規定するその他の事項について追加されたい。