

指定更新申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者 所在地

名称

代表者

⑨

- 介護保険法第78条の12において準用する第70条の2第1項の規定による指定地域密着型サービス事業者の指定の更新
 - 介護保険法第79条の2第1項の規定による指定居宅介護支援事業者の指定の更新
 - 介護保険法第115条の21において準用する第70条の2第1項の規定による指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の更新
 - 介護保険法第115条の31において準用する第70条の2第1項の規定による指定介護予防支援事業者の指定の更新
- を受けたいので、次のとおり申請します。

法人の種別及び 所轄庁	種別	所轄庁									
法人の連絡先	所在地										
	電話番号	F A X 番号									
	電子メール										
事業所又は施設	ふりがな 名 称										
	所在地										
	電話番号	F A X 番号									
	電子メール										
代表者	ふりがな 氏 名	職名									
	生年月日										
	住 所										
管理者	ふりがな 氏 名	生年月日									
	住 所										
現に指定を受け ている事業	種類										
	有効期間満了日										
	介護保険事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>									

備考 介護保険法施行規則の規定に従い、必要事項を記載した書類を添付すること。