様式第２号（第３条関係）

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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　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 | | ＦＡＸ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 | | ＦＡＸ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 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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。