

様式第1号（第2条関係）

平川市介護予防・日常生活支援総合事業指定（更新）申請書

年 月 日

平川市長 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名



介護予防・日常生活支援総合事業所に係る指定（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。

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		生年月日
			氏名		
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 —)			
行う事業の種類	同一所在地内で	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業	実施事業	事業の開始予定年月日 (更新申請の場合は事業の開始年月日)	現に受けている指定の有効期間満了日
		訪問介護相当サービス			
		通所介護相当サービス			
介護保険事業所番号					
指定を受けている市町村名					

備考

- 「法人の種別」欄は、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人等の別を記入してください。
- 「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載してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請する者に○を、既に指定を受けているものに◎を記載してください。
- 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、指定申請の場合は、記載を要しません。