

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第1号事業者指定（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第1号事業者の指定（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	
		Email			
	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	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			
		訪問型サービスA			
		通所介護相当サービス			
		通所型サービスA			
介護保険事業所番号					
指定を受けている市町村名					

- 備考 1 「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。
2 「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。