

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

年 月 日

芦屋市長 宛

所在地
申請者 名称 印
代表者氏名

介護保険法に規定する指定事業者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	
	法人の種類別				法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名	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 -)			
連絡先	電話番号			FAX番号		
同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	現に指定を受けている事業	
					指定年月日	有効期間満了日
介護予防・日常生活 支援総合事業 第1号事業	予防専門型訪問サービス					
	生活支援型訪問サービス					
	予防専門型通所サービス					
介護保険事業所番号					指定を受けている他市町村名	

同一所在地において 行う事業	指定を受けている事業の種類		実施事業	指定年月日	有効期間満了日
	訪問介護（介護予防訪問介護）				
	通所介護（介護予防通所介護）				
介護保険事業所番号					事業所所轄庁

- 備考 1 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び現に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「現に指定を受けている事業」欄は、介護保険法に規定する指定事業者として指定された年月日及び有効期間満了日を記載してください。
- 6 「事業所所轄庁」欄は、他に指定を受けている事業がある場合に、その主務官庁の名称を記載してください。