

第6号様式（第5条）

受付番号	
------	--

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

横芝光町長 様

所在地
申請者
名称

代表者氏名

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

事業所所在市町村番号	
------------	--

申 請 者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー)			
	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 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 ー)			
	事 業 所	フリガナ 名称			
所在地		(郵便番号 ー)			
連絡先		電話番号		FAX番号	
当該事業所の当該事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合					
フリガナ 名称					
所在地		(郵便番号 ー)			
連絡先		電話番号		FAX番号	
介護保険事業者番号					
現に受けている指定の有効期間満了日			年 月 日		
役員の名前・生年月日・住所			別添のとおり		
誓約書			別添のとおり		

備考

- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。