

受付番号	
------	--

指定更新申請書

年 月 日

阪南市長様

申請者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者職氏名

印

介護保険法に規定する第1号事業の指定の更新を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。  
 なお、本申請に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

		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 — ) (建物の名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類			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 — ) (建物の名称等)				
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 — )				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	第1号事業	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	更新年月日	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					

同一所在地において行う事業の種類(居宅サービス等)	事業の種類	実施事業	更新年月日	有効期間満了日
	訪問介護			
	通所介護			
	地域密着型通所介護			
介護保険事業所番号	: : : : : (既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名				

- 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。
  - 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社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、今回更新申請するもの及び既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。
  - 「更新年月日」欄は、該当する欄に有効満了日の翌日を記載してください。
  - 「有効期間満了日」欄は、現在の有効期間の満了日を記載してください。