様式第４号(第10条関係)

**皆野町介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定更新申請書**

年　　月　　日

　皆野町長　　　　　　　様

　　所在地

申請者　名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定更新を受けたいので、皆野町地域支援事業実施要綱第１０条第１項の規定により、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　　　―　　　　　)　　　　　　県　　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 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・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　　　―　　　　　)　　　　　　県　　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 更新を受けようとする事業所 | フリガナ事業所の名称 | 　 |
| 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき |
| フリガナ名称 | 　 |
| 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　―　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 管理者の氏名、生年月日 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　　　月　　　日 |
| サービスの種類 | 　 | 様式 | 付表１・２ |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 　　　　年　　　月　　　日 |