

様式第14号(第23条関係)

介護予防・日常生活支援サービス事業指定更新申請書

年 月 日

木古内町長 様

所在地

申請者

名称



木古内町介護予防・日常生活総合支援事業実施要綱に規定する事業所等に係る指定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。

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・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 —)			
事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 —)		
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	フリガナ	生年月日	経歴 別添のとおり	
	氏名		(郵便番号 —)	
事業等の種類				
既に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日		
添付書類	○指定居宅介護サービス事業者の指定更新、指定介護予防サービス事業者の指定更新又は指定居宅介護支援事業者の指定更新を受けた、若しくは指定更新の申請を行った事業者は、当該指定更新申請に係る関係書類の写し及び当該指定更新の通知の写し ○指定地域密着型サービス事業者の指定更新、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定更新又は指定介護予防支援事業者の指定更新を受けた、若しくは指定更新の申請を行った事業者は、当該指定更新申請に係る関係書類の写し及び当該指定更新の通知の写し			
介護保険事業所番号	:	:	:	:

備考

- 1 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。