様式第３号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

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

（宛先）太田市長

　　　　　　　所在地

　　　　　　　申請者

　　　　　　　名　称

介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| （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 |  | | | | |
| 代表者の職名・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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　ＦＡＸ番号　　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  | | | | | | | | |
| 指定の有効期間満了日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |

　備考

　　１「受付番号」欄及び「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２「法人の種別」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｡

３「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。