様式第4号(第10条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業指定事業者指定更新申請書

年　　月　　日

秩父市長　　様

　　所在地

申請者　名　称

代表者職・氏名

　介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業の指定事業者の指定の更新を受けたいので、秩父市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　　　　―　　　　　)　　　　　　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 | 生年月日年　　月　　日 |
| 氏名 |
| サービスの種類 | 　 | 様式 | 様式第1号付表 1・2 |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 年　　月　　日 |

注 「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。