

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

伊勢原市長 殿

所在地

申請者 名称

代表者氏名

介護保険法第115条の45の5に規定する指定事業者の指定を受けたいので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 -)												
	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				氏名			生年月日		
	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	フリガナ													
	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							
	事業所の所在地以外の場所に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								
事業の種類														
現に受けている指定の有効期間満了日						年 月 日								
誓約書						別添のとおり								
役員の名、生年月日及び住所						別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」欄、「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 別添の書類については、指定申請時の書類を参考にしてください。