

様式第4号（第4条関係）

受付番号

本宮市介護予防・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

本宮市長

所在地

申請者 名称

代表者

㊞

介護保険法第115条の45の6に規定する指定事業者の指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
更新申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別					
	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 ー)				
更新申請に係る事業所	事業所の名称	(フリガナ)				
	事業所の所在地	(郵便番号 ー)				
	事業の種類					
	現に受けている指定	指定年月日				
		指定有効期間の満了日				
事業所番号						
事業に 関する 事項	同一所在地 において 行う	実施事業	事業所等の名称		当該事業の指定年月日	

備考

- 1 申請書の住所・所在地の記入欄には、番地まで記入してください。
- 2 添付書類は、次の書類を添えてください。
 - (1) 付表（指定様式）
 - (2) 別に指示する添付書類
- 3 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 4 「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。
- 5 「当該事業の指定年月日」欄は、当該事業について介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 6 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。