様式第５号（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**愛西市介護予防・日常生活支援総合事業**

**（指定第1号事業者）指定更新申請書**

　　　　年　　　月　　　日

（宛先）愛西市長

所在地

申請者

名　称

代表者氏名

介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業所の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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 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、住所及び経歴 | | フリガナ | | |  | | | 生年月日 | | | 住所及び経歴  別添のとおり | | |
| 氏　名 | | |  | | |
| 事業所の種類 | | | | |  | | | | | | | | |
| 既に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」「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。

４　 指定申請時の様式を参照し、資料を添付してください。