

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所及び
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

みどり市長 様

所在地
申請者 法人名
代表者氏名



介護保険法に規定する事業所に係る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。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県 郡・市 町・村 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職名・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 —) 都・道・府・県 郡・市 町・村 (ビルの名称等)				
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 —) 群馬県 郡・市 町・村 (ビルの名称等)				
	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

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類別」欄は、「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。
- 「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。