様式第６９号の９(第５１条の１０関係)

指定介護予防支援事業所　　指定更新申請書

年　　月　　日

　　堺　市　長　殿

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者職氏名

　介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | ファックス番号 |  | |
| E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の職・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 | | | | |  | | | | | | | | ファックス番号 |  | |
| E-mail | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | ファックス番号 |  | |
| 現に受けている指定の有効期間  満了日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |