

堺市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書

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(平成9年法律第123号)に規定する第1号事業に係る指定事業者の指定の更新を受けたいので、堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第4条の規定により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	
	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)				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号)			
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	更新年月日	有効期間満了日	
	堺市介護予防訪問サービス				
	堺市介護予防通所サービス				

同一所在地において行う事業の種類	事業の種類	実施事業	更新年月日	有効期間満了日
	訪問介護			
	通所介護			
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)		
指定を受けている他市町村名				

備考

- 「事業所所在市町村番号」欄は、記入しないでください。
- 「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、一般社団法人、一般財団法人、株式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入してください。
- 「実施事業」欄は、今回更新申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「更新年月日」欄は、該当する欄に有効満了日の翌日を記入してください。
- 「有効期間満了日」欄は、現在の有効期間の満了日を記入してください。