第５号様式（第１９条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

八潮市介護予防・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

八潮市長　宛

所　在　地

申請者　　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者に係る指定について更新を受けたいので、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 |  |
| 主たる事業所の所 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） |
| 指定の更新を受けようとする事業所の種類 | フ リ ガ ナ |  |
| 名 称 |  |
| 事　業　所　の所　　在　　地 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 指定更新事業 | 既に指定を受けている指定年月日 | 左記の指定の有効期間満了年月日 | 様式 |
|  |  |  |  |  |
| 事 業 所 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所区分 |  |
| 記 入 担 当 者 |  | 記入担当者連　絡　先 | （電話） | （FAX） |

備考

１　「受付番号」欄及び「事業所所在市町村番号」欄は、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」等の別を記載してください。

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　「指定更新事業」欄は、今回更新申請するもののみについて、該当する事業名を記載してください。

５　「既に指定を受けている指定年月日」欄は、今回の更新申請に係る現に指定を受けている指定年月日を記載してください。

６　「左記の指定の有効期間満了年月日」欄は、現に指定を受けている指定の有効期間満了年月日を記載してください。