（様式第５号）

指定訪問型・通所型サービス事業者　　# 指定更新申請書

年　　月　　日

矢　掛　町　長　　殿

申請者　所在地
（個人にあっては，住所）
名　称
代表者職・名前　　㊞
（個人にあっては，名前）

介護保険法（平成９年法律第１２３号）に規定する事業所（施設）に係る指定の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。

介護保険事業者番号	３	３								

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	（〒　　―　　） 都道府県　　郡市区				
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号		
	法人の種別		法人の所轄庁			
	代表者の職・名前・生年月日	職名		フリガナ 名前		生年月日 年　月　日
	代表者の住所	（〒　　―　　） 都道府県　　郡市区				
更新を受けようとする事業所・施設	フリガナ					
	事業所・施設の名称					
	事業所・施設の所在地	（〒　　―　　） 岡山県　　小田郡矢掛町				
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号		

事業所・施設の種類			実施事業	既に受けている指定の有効期間満了日	様式
介護予防・日常生活支援サービス	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス			
	通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス			

申請書担当者		連絡先	

備考
１　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」等の別を記入すること。
２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許可法人である場合に，その主務官庁の名称を記入すること。
３　「実施事業」欄は，今回の更新申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて，該当する欄に○を記入すること。
４　「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は，更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定の有効期間満了日を記入すること。