指定地域密着型サービス事業所 指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定居宅介護支援事業所 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

楢葉町長

所在地

申請者 名称

代表者職名 · 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。

							2+	1 = = =	1					:	:	:	:	:	:	!	
	I-1121						法	人番号							<u> </u>		<u> </u>		<u>: </u>	<u> </u>	1
	フリガナ																				
	名称																				
		(郵便番号	1 7		-)															
	主たる事務所の		都	道					市	区											
	所在地			県						村											
申									-												
請		電話番号				(内部	始)		Ε Λ	X番-	旦										
	連絡先	Email				(1/1)	FOR /		ı ^	VH.	י										
	代表者の職名・氏名・	EIIIaii				711	ガナ								ж,	年月					
	生年月日	職名				氏									Τ-	+ /-	П				
	- F// H	(郵便番号	1				4														
	代表者の住所	(郵便留名		\ *	_)			_	-											
				道県						区 村											
			竹	乐					шј	小											
	事業等の種類						介護係	R 険事業	所番	号											
	上 指定有効期間満了日															-	<u>: </u>			<u>:</u>	:
	フリガナ																				
	フリカテ																				
	名称																				
		(郵便番号	1 7		-)															
事			都	道					市	区											
	所在地		府	県					町	村											
業																					
所		L 業業所の所在	地以多	ላ ወ‡	最所に当ま	亥 事業	所の-	一部とし	で使	用さ	れる	事系	各可	fをA	自す	ると	·÷				
	フリガナ				,			-,0	- 10		👽	1		!	.,		_				
	名称																				
		(郵便番号	1 7		_)															
	主たる事務所の			道		,			市	区											
	所在地			県						村											
	771 12-15		",	710						''											
管理者	フリガナ								1												
	7.711	 -							۱,	生年	80										
	氏名								-	<u> </u>	77 13										
		(郵便番号	1		_)			1			!									
		、小人田。		道		,			市	区											
	住所			県					-	村											
			נית	까					щ	7.3											
	1	l																			

- 備考 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。 1
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要は 2 ありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。

 - 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。 4 「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」の対象が 2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。