

指定介護予防支援事業所 指定・指定更新申請書

年 月 日

市 川 市 長

所在地
申請者 名 称
代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る（指定・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 —)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
		Email							
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ			生年月日	
				氏名			月 日		
	代表者の住所	(郵便番号 —)							
事業所等	フリガナ								
	名称								
	事業所の所在地	(郵便番号 —)							
	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業所を有するとき								
	フリガナ								
	名称								
	事業所の所在地	(郵便番号 —)							
事業の種類				指定・指定更新申請をする事業の開始・更新予定年月日			既に指定を受けている事業の指定年月日		
介護予防支援									
介護保険事業所番号									(既に指定を受けている場合)

備考

- 「指定・指定更新申請をする事業の開始・更新予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始・更新予定年月日を記載してください。
- 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定を受けた年月日を記載してください。