

受付番号	
------	--

利尻富士町介護予防・日常生活支援総合事業指定（許可）更新 申請書

年 月 日

利尻富士町長 様

所在地
申請者
名 称

印

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

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		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・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)				
代表者の住所	(郵便番号 -)				
	(ビルの名称等)				
事 業 所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX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務所を有するとき				
所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
現に受けている指定の有効期間満了日					
役員の氏名、生年月日及び住所			別添のとおり		
誓約書			別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			別添のとおり		

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。