

受付番号

別府市介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業に係る指定更新申請書

年 月 日

別府市長 あて

所在地
申請者 名称
代表者職・氏名

介護保険法に規定する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					F A X 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 氏名	生年月日				
	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											
	介護保険事業所 番 号											
	所 在 地	(郵便番号 —)										
	連 絡 先	電話番号					F A X 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											
	フリガナ 名 称											
	所 在 地	(郵便番号 —)										
	連 絡 先	電話番号					F A X 番 号					
管理者の氏名、生年 月 日 及 び 住 所	フリガナ 氏名					生年月日						
事 業 等 の 種 類												
現に受けている指定の有効期間満了日												
介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面	別添のとおり											

備考

- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
- 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。