

様式第3号

指定居宅サービス事業者
 指定地域密着型サービス事業者
 指定居宅介護支援事業者
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業者
 指定地域密着型介護予防サービス事業者
 指定介護予防支援事業者
 指定第1号事業者

指定更新申請書

年 月 日

福山市長様

所在地
 (個人にあつては、住所)

申請者 名称

代表者職・名前
 (個人にあつては、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。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------|--------------------------------|-----------------------|---|--|------------|--|--------|--|------|-------|
| 介護保険事業所番号 | | 3 | 4 | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号(総合) | | 3 | 4 | A | | | | | | | |
| 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 (ビルの名称等) | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | | |
| | 法人の種類 | | | | | | | 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 (ビルの名称等) | | | | | | | | | |
| 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 | (〒 -) | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所等 | 既に指定を受けている事業等の種類 | | 既に指定を受けている事業等の有効期間満了日 | | | | | | | | |
| | 介護サービス | | | | | | | | | | |
| | 介護予防サービス | | | | | | | | | | |
| | 第1号事業(相当) | | | | | | | | | | |
| | 第1号事業(基準緩和) | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町名 | | | | | | | | | | | |
| 申請書担当者 | | | | | | 連絡先 | | | | | |