

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) 広島県福山市東桜町3番5号

申請者 名称 株式会社 福山

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	カブシキガイシャ フクヤマ								
	名称	株式会社 福山								
	主たる事務所の所在地	(〒720-8501) 広島 都道 福山 郡市 東桜町3番5号 府県 市区								
		(ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号	084-928-1259			FAX番号	084-928-1732			
	法人の種類	営利法人				法人の所轄庁				
	代表者の職・名前・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	フクヤマ タロウ	生年月日	○年 ○月 ○日			
	名前	福山 太郎								
代表者の住所	(〒720-8501) 広島 都道 福山 郡市 東桜町△番△号 府県 市区									
	(ビルの名称等)									
事業所・施設	フリガナ	ヘルパーステーションフクヤマ								
	事業所・施設の名称	ヘルパーステーション福山								
	事業所・施設の所在地	(〒720-8501) 広島 都道 福山 郡市 東桜町○番○号 府県 市区								
	連絡先	電話番号	084-928-0000			FAX番号	084-928-0000			
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		訪問介護				0000年 ○月○日			
	介護予防サービス									
	第1号事業(相当)		介護予防相当訪問事業				0000年 ○月○日			
	第1号事業(基準緩和)		基準緩和型訪問事業				0000年 ○月○日			
指定を受けている他市町名										
申請書担当者	福山 太郎			連絡先	084-928-1259					