第３号様式

年　　　月　　　日

船橋市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

　　船橋市長　あて

介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL番号 |  | | | | FAX番号 |  | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人所轄庁 |  | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | フリガナ | |  | | | 職名 |  | |
| 氏名 | |  | | | 生年月日 |  | |
| 代表者の住所 | （　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | |
| 所在地 | （　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL番号 | | |  | | FAX番号 | |  |
| 事業の種類 | | | | |  | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | |  | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |

備考　指定の更新を受けようとする事業の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。