

様式第8号(第2条関係)  
介護予防・日常生活支援総合事業

指定更新申請書

年 月 日

愛南町長 様

(名称)  
申請者  
(代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

申請者	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		Email						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日		
			氏名		月日			
	代表者の住所	(郵便番号 - )						
事業所	事業等の種類							
	指定有効期間満了日							
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	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							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )						
管理者	フリガナ					生年月日		
	氏名							
	住所	(郵便番号 - )						
今回更新する事業の有効期間を既に指定を受けている訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護又は介護予防・日常生活支援総合事業の指定の有効期間と同じとすることの申出		<input type="checkbox"/> 申出をします。 (同じ有効期間とする事業所名： ) <input type="checkbox"/> 申出をしません。						

備考 複数事業の指定更新を同時に行う場合、重複する書類は省略できます。