

様式第2号(第8条関係)

提出担当者	連絡先	TEL FAX
	氏名	

指定介護予防・日常生活支援総合事業者の指定更新申請書

小千谷市長 あて

年 月 日

申請者 住所
氏名
〔法人にあつては、
名称及び代表者の職・氏名〕 印

第1号訪問事業・第1号通所事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

申	(フリガナ) 名称				
	(フリガナ) 主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)	都道 府県	市郡 区	
請	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
者	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名	(フリガナ) 氏名		生年月日
			(郵便番号 —)	都道 府県	市郡 区
指	(フリガナ) 事業所の名称				
	(フリガナ) 事業所の所在地	(郵便番号 —)	新潟県	市郡	
定	事業所を 受けよう とする 事業所 の概 要	連絡先	電話番号		FAX番号
			Email		
同一所在地において行う事業の種類		申請する事業の開始予定年月日	既に指定を受けている事業の 指定年月日	申請する事業の 記載事項	
介護予防訪問介護相当サービス(現行相当)				付表1	
訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)				付表2	
介護予防通所介護相当サービス(現行相当)				付表3	
通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)				付表4	
介護保険事業所番号		(既に指定(許可)を受けている場合・・・複数ある場合は適宜様式を補正して記入)			
医療機関コード等					