

受付番号	
------	--

指定（更新）申請書

年 月 日

五所川原市長

所在地  
申請者  
名 称 印

介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する介護予防・日常生活支援総合事業所に係る指定（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。

		事業所所在地市町村番号				
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	
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名・生年月日	フリガナ			生年月日	職名
		氏 名				
代表者の住所	(郵便番号 — )					
事 業 所	フリガナ					
	名 称					
	所 在 地	(郵便番号 — )				
事業の開始予定年月日						
現に受けている指定の有効期間満了日						
関 係 書 類		別紙 添付書類一覧のとおり				

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、指定申請の場合は、記載を要しません。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄は、更新申請の場合は、同欄中「事業の開始予定年月日」を「事業の開始年月日」と読み替えて、事業の開始年月日を記載してください。