|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式第４号（第４条関係）

指定介護予防支援事業所　　　指定更新申請書

　嵐山町長　氏 名 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所

　　　　　　　　　　　　　　 申請者 （所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （名称及び代表者氏名）

　介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　－　　　　） | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 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 | 職名 |  | | フリガナ |  |  | 生年月日 | |
| 氏　　名 |  |  |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　　　） | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　　　） | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名　　称 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号　　－ 　 　） | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | |  | | FAX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 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号　　－　　　） | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | | |
| 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | |  | | | | | |
| 添付書類 | | | | 付表 指定申請に係る添付書類一覧 | | | | | |

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　添付書類については、指定申請時の様式を参照してください。

３　当該申請に係る事業者が既に町長に提出している事項に変更がないときは、申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。