

## 指定更新申請書

平成30年1月16日

越谷市長 宛

所在地 埼玉県越谷市越ヶ谷四丁目2番1号

申請者

名称 株式会社〇〇〇〇〇〇

代表取締役 介護 五郎

印

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所に係る指定更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ	カブシキカイシャ〇〇〇〇〇〇										
	名称	株式会社〇〇〇〇〇〇										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 343 - 8501 ) 埼玉県越谷市越ヶ谷四丁目2番1号 (ビルの名称等)										
	連絡先	電話番号	XX-XXXX-XXXX	FAX番号	XX-XXXX-XXXX							
	法人の種別	株式会社		法人所轄庁								
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	カイゴ ゴロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日					
			氏名	介護 五郎								
代表者の住所	(郵便番号 XXX - XXXX ) 東京都千代田区〇〇〇〇〇〇 (ビルの名称等) 〇〇〇ビル											
指定更新を受けようとする事業所の種類	フリガナ	ハウモンカイゴ〇〇〇〇〇〇										
	名称	訪問介護〇〇〇〇〇										
	事業所等の所在地	(郵便番号 XXX - XXXX ) 埼玉県越谷市〇〇〇〇〇〇 (ビルの名称等) 〇〇〇ビル										
	同一所在地において行う事業等の種類	指定更新事業等	既に指定を受けている指定年月日	左記の指定の有効期間満了年月日	様式							
	訪問型・通所型サービス	訪問介護相当サービス 訪問型サービスA	○	平成27年 4月 1日 平成29年10月 1日	平成30年 3月31日 平成35年 9月30日	付表 1-1						
		通所介護相当サービス 通所型サービスA	○	平成27年 4月 1日 平成29年10月 1日	平成30年 3月31日 平成35年 9月30日	付表 2-1						
事業所番号	1	1	7	0	8	0	0	0	0	0	事業所区分	総合事業みなし指定に係る更新 においては空白で可
記入担当者	訪問 太郎			記入担当者 連絡先	(電話) XX-XXXX-XXXX	(FAX) XX-XXXX-XXXX						

- 備考1 「受付番号」欄及び「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 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 「指定更新事業等」欄は、今回更新申請するもののみについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「既に指定を受けている指定年月日」欄は、今回の更新申請に係る現に指定を受けている指定年月日を記載してください。
- 6 「左記の指定の有効期間満了年月日」欄は、現に指定を受けている指定の有効期間満了年月日を記載してください。