

受付番号

指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

練馬区長 殿

所在地
申請者 名称
代表者氏名 印

介護保険法に規定する事業者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。

事業所所在市町村番号 1 3 1 2 0 1

| | | | | | | | |
|-----------------------|----------------|-----------|--------------------------|-------|-----------|--------|--|
| 申 請 者 | フリガナ | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号 — ） 都府 区市 道県 | | | | |
| | | | （ビルの名称等） | | | | |
| | 連絡先 | | 電話番号 | | | FAX 番号 | |
| | 法人の種類別 | | | | 法人所轄庁 | | |
| 事 業 所 | 代表者の職名・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 — ） 都府 区市 道県 | | | | |
| | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号 — ） | | | | | |
| | | | | | | | |
| 更新を受ける事業の種類 | | | ※ | 指定年月日 | 指定有効期間満了日 | 様式 | |
| 第 1 号 事 業 | 第1号訪問事業 | | | | | 付表1 | |
| | 第1号通所事業 | | | | | 付表2 | |
| | 第1号生活支援事業 | | | | | 付表3 | |
| | 第1号介護予防支援事業 | | | | | 付表4 | |
| 事業者番号 | | | （既に指定を受けている場合） | | | | |

備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」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 「※」欄は、今回申請するものおよび既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。