

様式第 2 号（第 4 条関係）

受付番号	
------	--

指定第 1 号事業所指定更新申請書

年 月 日

小豆島町長 様

住 所
申請者 名 称 ⑩
代表者職氏名

小豆島町介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定の更新をしたいので、次のとおり申請します。

		事業所所在市町村番号				
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	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
更新を受けようとする事業の種類	フリガナ					
	名 称					
	事業所の所在地	(郵便番号 -)				
	事業の種類	更新	指定更新申請をする事業（現に受けている指定の有効満了日）		様式	
	予防訪問サービス				付表 1	
予防通所サービス				付表 2		
指定を受けている他市町村名						

* 記入については、裏面を参照のこと

- 備考
- 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」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」「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、申請者が認可法人である場合に、その主務管庁を記載してください。
 - 4 更新の欄に、指定更新に該当するサービスに○を付け、「指定更新申請をする事業」欄に現に受けている指定の有効期間満了日を記入してください。