

記載例

第1号様式の2(第2条の2関係)

受付番号 ※記入不要

指定居宅サービス事業者指定
介護保険施設指定(許可) 更新申請書
指定介護予防サービス事業者指定

提出日を記入

年 月 日

奈良県知事

殿

申請者 住 所

奈良市登大路町123

名 称

株式会社登大路サービス
代表取締役 奈良二郎

印刷されている内容に変更があるときは、二重線を引いて訂正。変更届も必要。

介護保険法に規定する事業(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名 称 (氏 名)					
	連 絡 先	電話番号		ファクシミリ番号		
代表者	職 名	フリガナ			生年月日	昭和40年2月12日
		氏 名				昭和36年1月23日
	郵便番号					
	住 所					
更新申請する事業等	事業所番号					
	フリガナ					
	名 称					
	郵便番号					
	所在地					
	連 絡 先	電話番号		ファクシミリ番号		
	サービス種別					
	現に受けている指定(許可)の有効期限					

備考1 受付番号の欄は、記載しないでください。

2 指定又は許可の更新の申請をする事業等の欄には、今回更新申請するものについて、該当する欄に○を記載してください。

3 この申請書に、知事が別に定める書類を添付してください。