第1号様式の2(第2条の2関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

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

年　　月　　日

　奈良県知事　　　　　　　　　　殿

申請者　住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

名称

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

　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 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 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。

|  |
| --- |
| 証紙貼付欄 |
|  |