様式第４号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 受付番号 | |  | |
| 指定介護予防支援事業所指定更新申請書 | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  筑西市長　　様  （事業者）所在地  　名称  代表者名  指定介護予防支援事業者の指定を更新したいので、介護保険法第１１５条の３１において準用する同法第７０条の２の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　）  　　　　　　県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| E－mail | |  | | | | | | | |
| 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 |  | | 生年月日 | |  |
| 氏　名 |  | |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　）  　　　　　　県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　）  　　　　　　県　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| E－mail | |  | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | | | | | | |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用されている事務所を有する場合は、以下に記入してください。 | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　―　　　）  　　　　　　　県　　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| E－mail | | |  | | | | | | |
| 更新前に指定を受けた期間 | | | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | |

備考　「受付番号」欄には、記入しないでください。