様式第２号（第２条関係）

第１号事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　　　（宛先）

大津市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護保険法に規定する第１号事業を行う事業所に係る指定の更新を受けたいので、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 | (郵便番号　　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 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・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　　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　)  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 | | |  | |
| 更新を受けようとする  第１号事業の種類 | 種類 |  | | | | | | | | |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

備考

　１　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、株式会社等の別を記入してください。

　２　「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。