

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	
	法人の種類別		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	
第1号事業の種類 更新を受けようとする	種類				
	現に受けている指定 の有効期間満了日	年 月 日			

備考

- 「法人の種類別」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。
- 「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。