受付番号	

様式第１号（第３条及び第４条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

菊川市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年　　月　　日

菊川市長　　宛て

申請者　所 在 地
名　　称
代 表 者　　㊞

介護保険法に規定する事業所に係る指定（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	（　　－　　） （ビルの名称等）			
	連絡先	TEL番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の氏名・職・生年月日	フリガナ		職名	
		氏名		生年月日	
	代表者の住所	（　　－　　） （ビルの名称等）			
事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	（　　－　　） （ビルの名称等）			
	電子メールアドレス	@			

指定を受けようとする事業等の種類	同一所在地において行う事業等又は既に指定等を受けている事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日
第一号事業	訪問介護相当サービス			
	通所介護相当サービス			

併設する指定訪問介護事業所又は指定通所介護事業所	介護保険事業所番号	事業所名	サービス種別	指定年月日

既に受けている指定等の介護保険事業所番号										
既に指定を受けている他市町村名										

（注）　指定を受けようとする事業の種類ごとに、市長が別に定める書類を添付してください。