様式第４号(第７条関係)

**越前町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定更新申請書**

年　　月　　日

　越前町長　様

　 　　所在地

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 名　称 |

　介護保険法に規定する第1号事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地  市町番号 |  | | | | 介護保険事業  所番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1　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 | | |  | | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | | | | |
| 代　表　者 | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2　事業所・施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　)  福井県　　　　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業等の種類 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている指定(許可)の有効期間満了日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |