様式第２号（第２条関係）

豊山町指定第１号事業者指定更新申請書

　　年　　月　　日

豊山町長

申請者　住所

　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

豊山町介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定第1号事業者の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 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所又は主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | | | ふりがな | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | | ふりがな | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| （〒　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | 介護保険事業所番号 | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |