妥	(1	番	뮨
	ı J	ш	• •

通所介護相当サービス事業・訪問介護相当サービス事業 指定・更新申請書

年 月 日

行橋市長 殿

所在地

申請者

名 称

印

行橋市総合事業要綱に規定する事業所に係る指定(更新)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。

. ت	///// C - 1	ин Об 7 о								事業所	所在市	町村	番号				
	フリガナ	-															
	名 移																
		事務所の	(郵便:	番号	_)									
	所在地				県		都下	ħ									
申		 (ビルの名称等)															
請者	連絡先	電話番·	号					FAX	番号								
	法人の種	重別		1			法人所										
	代表者の職名・ 氏名・生年月日		職名				フリガラ	ታ 					生年月	日			
							氏名										
	代表者の住所		(郵便:	番号	-)									
			県郡市					ħ									
指定を受			(郵便:	番号	_)									
	事業所等の所在地				県		都下	ħ									
けよう	実施事業							指定申請をする事業の事業開始予定年月日									
とする																	
指定を受けようとする事業所の種類	日 総常 今生	1i	通所介護相当サービス事業														
	総合事業 と	②訪問介護相当サービス事業															
介護保険事業所番号																	

- 備考1「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 - 2「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 - 3「法人所轄庁」欄、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。
 - 4「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「〇」を記入してく ださい。
 - 5「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
 - 6 介護予防通所事業所及び介護予防訪問事業所の指定を受けている事業所については当該事業所番号を「介護保険 事業所番号」欄に記入してください