

行橋市介護予防・日常生活支援総合事業 受託事業に係る申請書

年 月 日

行橋市長 様

所在地
(個人にあつては、住所)
申請者 名称
代表者職・名前
(個人にあつては、名前)

㊞

行橋市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条の規定により、次のとおり関係書類を添えて提出します。

申請者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地		(〒 —) 都道府県 市区				
	連絡先		電話番号		FAX番号		
	法人の種別				法人の所轄庁		
	代表者の職・名前・生年月日		職名		フリガナ 名前	生年月日 年 月 日	
	代表者の住所		(〒 —) 都道府県 市区				
事業を実施する事業所	フリガナ						
	事業所・施設の名称						
	事業所・施設の所在地		(〒 —) 福岡県 行橋市				
	連絡先		電話番号		FAX番号		
	実施する事業名				実施事業	申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式
	行橋市介護予防 総合事業	訪問型サービス					付表1
通所型サービス					付表2		
生活支援サービス							
介護保険事業所番号							
申請担当者					連絡先		

備考

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 2 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び、既に届け出ている事業に該当する欄に○を記入すること。
- 4 「事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。