様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

河内町長　　　　　　様

申請者　所在地

法人名

　代表者職・氏名 　　　　　　　　　　　　㊞

指定事業者指定更新申請書

　介護保険法の規定による指定事業者の指定を受けたいので，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 | 　 |
| 法　人　名 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 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 | 　 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　）　 |
| 　　　　事業所指定更新 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所等の所在地（施設開設場所） | （郵便番号　　　―　　　　）　 |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 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 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |