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 | | | | |