

別記様式第1号（第5条関係）

名寄市介護予防・生活支援サービス事業 指定事業者指定申請書

年 月 日

名寄市長 様

所 在 地
申請者 名 称
代表者氏名

介護予防・生活支援サービス事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Email				
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日
代表者の住所	(郵便番号)					
事業所 指定を受けようとする	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号)				
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式		
	訪問介護相当サービス			付表1		
	通所介護相当サービス			付表2		
今回申請する指定の有効期間		年 月 日				
介護保険事業所番号						
指定を受けている他市町村名						

備考

- 「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当欄に「○」を記入してください。
- 「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記入してください。