

受付番号	
------	--

年 月 日

盛岡市長 様

主たる事務所の所在地
 申請者 名称
 代表者の職及び氏名 ㊟
 （個人にあつては、住所及び氏名）

盛岡市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）指定更新申請書

介護保険法に規定する事業者に係る指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

		所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ 名称又は氏名					
	主たる事務所の所在地又は住所	(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・氏名・ 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 —)				
更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所	事業所の種類	介護保険事業所番号	フリガナ 名 称	指定年月日	有効期間満了日	

備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。

- 2 更新申請を行おうとする事業所の種類に応じて、申請時に添付する付表を添付してください。この場合において、付表中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。